

RECHERCHES ANATOMIQUES

N^o 75.

SUR

LES HÉMORRHAGIES,

CONSIDÉRÉES

DANS LE TISSU CELLULAIRE, DANS LES MUSCLES,

ET DANS LES ORGANES PARENCHYMEUX;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 9 avril 1827, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR CASIMIR ROUSSET, de Marseille,

Interne des hôpitaux civils de Paris ; ancien Élève de l'École pratique.

*Humores ruptis vasis effusi, integrâ cute coerciti, in membranâ cellulosâ
accumulantur, stagnant, ideòque coagulantur; tandemque et putrescere pos-
sunt, licet hoc tardius fiat, si nullus aëri externo accessus datur.*

VAN-SWIËTEN, *Comm. in BOERHAAVE, aph. 324.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o 15.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Examineur.</i>
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	BERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DÉSORMEAUX, <i>Examineur.</i>
Clinique médicale.....	{ GAYOL, <i>Président.</i>
	{ CHOMEL, <i>Suppléant.</i>
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
	{ BOUGON.
Clinique chirurgicale.....	{ BOYER, <i>Examineur.</i>
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

ANDRAL.
ARVERS.
BAUDELOQUE.
BOUVIER.
BRESCHET.
CLOQUET (Hippolyte).
CLOQUET (Jules).
DANCE.
DEVERGIE.
DUBOIS, *Suppléant.*
GAULTIER DE CLAUERY.
GÉRARDIN.

MESSIEURS

GIBERT, *Examineur.*
GERDY.
KERCARDEC, *Examineur.*
LISFRANC.
MAISONABE.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
ROCHOUX.
VELPEAU.
RULLIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans es dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PARENTIBUS OPTIMIS;

NECNON

CONSOBRINO DILECTISSIMO

J. B. CAYOL,

Legionis dictæ Honorificæ Equiti, et in saluberrimâ Facultate
parisiensi clinices Professori, etc.

QUI MIHI CONTINUO AMICUS, BONUS SUASOR ET ADJUTOR FUIT;

HAS THESES INAUGURALES,
AMORIS ET GRATI ANIMI PIGNUS,

D. D. V.

C. ROUSSET.

PARENTIBUS OPTIMIS

RECITON

CONSOBINO DILECTISSIMO

J. R. CAYOL

Propter hoc, si quis, qui in subditis locis
propter hoc, si quis, qui in subditis locis

et non solum in subditis locis, sed et in subditis locis

et non solum in subditis locis, sed et in subditis locis

et non solum in subditis locis, sed et in subditis locis

ROBERT

RECHERCHES ANATOMIQUES

SUR

LES HÉMORRHAGIES,

CONSIDÉRÉES

DANS LE TISSU CELLULAIRE, DANS LES MUSCLES,

ET DANS LES ORGANES PARENCHYMEUX.

IL est difficile de dire quelque chose de nouveau sur les hémorrhagies ; cette classe de maladies a été depuis long-temps étudiée , et nous possédons plusieurs ouvrages qui en renferment une description plus ou moins complète. On ne s'est point borné à faire l'histoire des hémorrhagies en général ou à décrire chacune d'elles en particulier : on a encore cherché à voir avec quelles maladies elles avaient le plus de ressemblance , soit pour leur cause prochaine , soit pour le traitement qu'elles réclament.

Dans ces derniers temps surtout , on a cru avoir démontré qu'elles se rapprochaient beaucoup de l'inflammation. Les rapports nombreux qui unissent ces deux classes de maladies ont été trouvés dans l'identité des causes qui les préparent ou qui les déterminent , dans la ressemblance des symptômes généraux ou même locaux qui les ac-

compagnent, dans l'égalité avec laquelle toutes deux cèdent souvent aux mêmes moyens curatifs; enfin, dans l'espèce de réciprocité avec laquelle elles se remplacent quelquefois. Il est même reçu maintenant, surtout parmi les partisans de la *Nouvelle doctrine*, de considérer l'hémorrhagie comme une inflammation avortée.

Mais pour que l'analogie fut complète, il aurait fallu que les hémorrhagies dites *passives*, eussent été comprises dans la comparaison, et malheureusement elles sont tout à fait hors de ligne. On a éludé cette difficulté en niant qu'il y ait des hémorrhagies passives; mais en admettant toutes les raisons que la théorie peut fournir à l'appui de cette dernière opinion, la pratique ne démontre-t-elle pas que dans une foule de cas les hémorrhagies doivent être traitées par des moyens tout à fait opposés à ceux qu'elles réclament dans d'autres? La nature du traitement propre à guérir une maladie ne doit-elle pas toujours être prise en considération, pour déterminer la nature de la maladie elle-même?

D'après cela, il me paraît évident que la question n'est point encore assez éclairée, et qu'il est nécessaire de faire de nouvelles recherches avant d'avoir des notions suffisantes pour prononcer. Or, quelle route doit-on suivre pour parvenir à ce but, si ce n'est celle qui a conduit à tant de résultats importants, je veux parler de l'anatomie pathologique. Les auteurs qui ont écrit sur les hémorrhagies, n'ont point manqué, sans doute, d'interroger les cadavres, mais il n'ont obtenu que des résultats à peu près négatifs. Cela vient certainement de ce qu'ils n'ont guère étudié que les hémorrhagies des membranes. Otez, en effet, ce qui a été écrit sur l'hémorrhagie cérébrale ou sur l'apoplexie pulmonaire, rien n'est dit sur les afflux de sang qui peuvent avoir lieu dans d'autres organes plus ou moins épais; on n'a point même cherché à comparer ce qui se passe dans le cerveau et dans le poumon lorsque l'un ou l'autre est frappé d'apoplexie. Une réflexion bien simple devait, ce me semble, diriger l'attention sur les organes parenchymateux. En effet, on est presque entièrement fixé sur les caractères anatomiques d'une phlegmasie développée au centre de certains organes; le phleg-

mon, la pneumonie, l'hépatite, la néphrite, l'inflammation des muscles même, laissent après elles des traces que personne n'est tenté d'attribuer à une cause autre que l'inflammation. Dans les phlegmasies des membranes, au contraire, combien il s'en faut que le même accord règne entre les observateurs! L'un voit une arachnitis où l'autre n'aperçoit qu'un afflux de sérosité avec légère opacité de la membrane arachnoïde; celui-ci nomme gastrite et entérite, ce que celui-là ne regarde que comme une congestion qui a lieu sous la membrane muqueuse gastro-intestinale; j'entends appeler aortite d'un côté, ce que de l'autre on m'a appris à considérer comme l'effet du séjour des liquides dans l'aorte, etc. Il faut donc conclure de là, qu'il est bien plus facile, quelle qu'en soit la raison, d'étudier les phénomènes anatomiques de l'inflammation dans un organe épais, logé profondément, tel que le poulmon par exemple, que sur une surface muqueuse ou séreuse. Ainsi, en admettant pour un instant que les hémorrhagies ont de l'affinité avec les inflammations, nous devons conclure naturellement que les altérations organiques causées par une hémorrhagie seront plus faciles à observer, là même où l'inflammation se manifeste par des lésions non équivoques. C'est en raisonnant de la sorte que j'ai été conduit à étudier, dans les organes parenchymateux, les altérations que l'on peut regarder comme causées par l'hémorrhagie. Je suis loin d'espérer que mes recherches puissent remplir la lacune qui existe dans la science, ni même d'avoir fait un ouvrage qui mérite un éloge quelconque; je désire seulement prouver à mes illustres maîtres que je me suis efforcé de profiter de leurs savantes leçons, en me guidant par elles, soit au lit du malade, soit dans les amphithéâtres.

Les organes dans lesquels j'ai pu observer l'hémorrhagie à ses diverses périodes, sont : le tissu cellulaire, les muscles, le poulmon, le foie, la rate, le rein et le cerveau. On trouvera étrange, peut-être, que je cite le cerveau en dernière ligne, puisque l'hémorrhagie cérébrale est sans contredit la plus fréquente, qu'elle est depuis longtemps étudiée, et que, dans ces dernières années surtout, on en a

donné des descriptions qui ne laissent rien à désirer : deux motifs m'ont engagé à n'en parler qu'après celle des autres organes. Le premier, c'est que, par cela même que les phénomènes de l'hémorrhagie cérébrale sont bien connus, on n'aura qu'à les comparer avec ceux de l'hémorrhagie dans les autres organes, et s'il y a identité parfaite, on trouvera dans ce parallèle une sorte de confirmation de ce que j'ai avancé. Le second, c'est que les pathologistes n'étant point d'accord jusqu'à ce jour sur l'ordre de succession des lésions de l'encéphale dans l'apoplexie, nous pourrons peut-être juger la question d'après ce que nous aurons appris, en étudiant la même maladie dans des organes différens.

De même que pour décrire les phénomènes de l'inflammation, on prend ordinairement pour type le tissu cellulaire, nous décrirons l'hémorrhagie dans ce tissu avant de parler de celle des muscles, des poumons, etc.

Nous préférons cette marche, 1°. parce que le tissu cellulaire étant placé à la superficie du corps aussi-bien qu'à ses parties les plus profondes, il est facile quelquefois d'apprécier, à l'aide de la vue et du toucher, pendant la vie même des malades, les diverses périodes de l'hémorrhagie ; 2°. parce que ce tissu entre dans la structure de tous nos organes, participe à toutes leurs maladies, est, peut-être, dans tous les cas, le siège unique de leurs affections ; et que, par conséquent, les phénomènes de l'hémorrhagie étant bien étudiés dans le tissu cellulaire, on peut en quelque sorte dire, *à priori*, ceux que présentera tel ou tel organe lorsqu'il sera le siège de la même affection,

Nous verrons, en effet, dans la suite de ce travail, se reproduire, pour le foie, le poumon, etc., tout ce que nous allons dire pour le tissu cellulaire.

Hémorrhagie du tissu cellulaire.

Elle consiste dans l'effusion spontanée ou accidentelle du sang dans les mailles du tissu cellulaire. Elle peut survenir en un temps plus ou moins court , ou bien se former avec lenteur.

A. L'hémorrhagie *brusque* est causée, le plus souvent, par des contusions ou par la blessure, soit d'une veine, soit d'une artère : dans l'un ou l'autre cas , le sang fourni par les vaisseaux qui ont été lésés suinte peu à peu dans les aréoles du tissu cellulaire voisin , et suivant la facilité plus ou moins grande qu'il trouve à fuser, s'étend en nappe ou bien forme une tumeur saillante, en général peu circonscrite. Les cloisons délicées qui forment les aréoles du tissu lamineux s'imprègnent, au bout d'un temps assez court, du sang dans lequel elles sont baignées, et prennent bientôt une couleur rouge brunâtre. Cette coloration pénètre le plus souvent jusqu'à la peau , celle-ci contracte une couleur violacée qui peut aller jusqu'au noir. Ces légères maladies, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des résolutifs, disparaissent bientôt ; une couleur jaune safranée se manifeste à la circonférence, s'étend quelquefois très-loin ; la tache cutanée se fond pour ainsi dire au milieu de cette espèce d'aréole, et finit par s'évanouir en passant par diverses teintes. Il est probable qu'un pareil changement de couleur se fait dans le tissu cellulaire lui-même. D'autres fois, la cause vulnérante ayant agi avec plus de force, ou peut-être le sujet étant dans des conditions moins favorables, la résorption du sang ne se fait point : le tissu cellulaire se déchire, soit qu'un nouvel afflux sanguin détermine une distension trop forte, soit que, par la continuité de la macération sanguine, sa force adhésive finisse par être détruite ; il se forme alors un véritable épanchement. Cette espèce d'abcès sanguin, traité par les résolutifs, se résorbe le plus souvent, mais sa disparition se fait ordinairement avec beaucoup de lenteur. Il m'a été impossible de jamais trouver de trace de ces épanchemens, même peu de temps après leur guérison. Il est probable que le résidu fibrineux provenant

du sang résorbé s'organise et se change en tissu cellulaire accidentel.

Le fait suivant semblerait devoir prouver que, dans certains cas, la portion séreuse et la matière colorante du sang sont seules absorbées, tandis que la fibrine reste en masse au milieu des tissus, et persiste dans cet état pendant un temps indéfini sans éprouver aucune altération.

Vers le milieu de l'année 1825, une jeune fille se présenta à la Charité, pour se faire enlever une tumeur qu'elle portait à la partie gauche et latérale de la poitrine à peu près à la hauteur de la sixième côte. Cette tumeur était molle, et offrait pourtant de la rénitence et une sorte de fluctuation; elle avait le volume du poing et paraissait située sous les muscles, ne déterminait aucune douleur, mais gênait, par son volume et par sa position. L'extirpation en fut pratiquée; on vit qu'elle ne consistait qu'en une masse très volumineuse, d'une substance absolument semblable à de la fibrine. Elle ne tenait d'aucune manière aux tissus environnans, était simplement située au-dessous du muscle grand dentelé, et l'on put, après avoir fait une incision convenable, en provoquer la sortie par des pressions latérales. La jeune malade n'a pu nous donner aucun détail sur l'origine de cette tumeur, qu'elle portait, disait-elle, depuis son enfance. Un coup dans cette partie, ou un violent effort musculaire aurait-il déterminé la formation d'un trombus? cette masse fibrineuse ne serait-elle pas le résidu provenant du sang épanché? quelque extraordinaire que paraisse cette explication, j'avoue que je suis tenté de l'admettre.

Lorsque la résorption ne se fait point, on est obligé de pratiquer l'ouverture de ces collections sanguines; il s'en écoule une plus ou moins grande quantité d'un liquide brunâtre, qui contient des caillots toujours mous et noirâtres. Quelquefois aussi ce liquide est manifestement mêlé à du pus; dans tous les cas, le rapprochement des parois, et la cicatrisation de l'ouverture ne s'opèrent que lorsqu'une bonne suppuration s'est établie. Les collections sanguines n'offrent alors aucune différence avec les abcès ordinaires.

Il est rare que des causes internes déterminent soudainement la formation de collections sanguines circonscrites. J'en ai vu pourtant deux exemples ; les sujets qui me les offrirent étaient deux jeunes gens à peu près du même âge et de la même constitution , qui furent traités dans le même temps , à l'hôpital Necker , d'une fièvre continue grave qui présentait chez l'un et chez l'autre absolument les mêmes symptômes. Dans leur convalescence , ces deux jeunes gens se plaignirent d'éprouver , l'un à la partie interne de la jambe droite , l'autre à la partie interne de la cuisse gauche , une douleur assez forte pour gêner les mouvemens. On trouva , dans les points que je viens d'indiquer , une tumeur parfaitement circonscrite , douloureuse au toucher , fluctuante à son centre , dure à sa circonférence dans une assez grande étendue , mais sans aucune altération de couleur à la peau. On ouvrit les deux foyers , il s'en écoula du sang liquide , noir , mêlé de caillots plus noirs encore , et de lambeaux de même couleur , extrêmement mous et friables , qu'il était facile de reconnaître pour du tissu cellulaire non pas sphacélé , mais ramolli par sa macération dans le sang. Ces tumeurs furent très-long-temps à guérir ; les ouvertures qu'on avait pratiquées continuèrent à donner issue tous les jours à un liquide semblable , qui entraînait constamment avec lui , soit des caillots , soit des fragmens de tissu cellulaire. Chez l'un des malades , l'espèce de dureté qui circonscrivait le foyer sanguin s'étendit dans tous les sens à une assez grande distance et continua à causer des douleurs assez vives. Chez tous deux la guérison n'eut lieu que lorsque ces duretés furent considérablement diminuées , et lorsque du pus mêlé au sang , puis du pus seulement , indiqua d'une manière évidente que ces tumeurs s'étaient converties en abcès ordinaires.

En comparant les altérations trouvées dans ces deux cas avec celles que nous avons remarquées dans l'hémorrhagie de cause externe , nous pouvons voir qu'il y a une ressemblance frappante , et cela doit ne nous laisser aucun doute sur l'identité des deux lésions.

Vers le commencement de décembre 1826 , un enfant de douze ans fut reçu dans les salles de chirurgie , à l'hôpital des Enfants , pour y

être traité d'une maladie qui avait son siège à la partie inférieure de la jambe droite, et qui avait toutes les apparences d'un érysipèle phlegmoneux. La fluctuation était manifeste dans plusieurs points, et derrière chaque malléole on remarquait une tumeur molle où cette fluctuation se transmettait d'un côté à l'autre, à travers l'espace cellulaire situé entre le tendon d'Achille et la face postérieure du tibia. Des incisions convenables furent pratiquées, et donnèrent issue à du sang noir mêlé de caillots et de débris de tissu cellulaire ramolli et noirâtre. Huit jours après, une suppuration de bonne nature s'était établie, et l'enfant guérit en très-peu de temps.

Je ferai remarquer cette dernière circonstance, qui existe également dans les deux observations précédentes. L'hémorrhagie du tissu cellulaire donne lieu, dans sa dernière période, à la formation du pus, et la suppuration est nécessaire pour que la guérison ait lieu. On pourrait me dire, à la vérité, que dans les observations que j'ai rapportées la suppuration a été provoquée par la présence de l'air, puisqu'on avait pratiqué des incisions; mais il n'est personne qui n'ait vu des épanchemens sanguins donner lieu, lorsqu'on les ouvrait, à l'écoulement d'une plus ou moins grande quantité de pus : d'ailleurs nous verrons plus tard des épanchemens sanguins situés profondément hors de l'atteinte des corps extérieurs se transformer en abcès ordinaires, et même en abcès enkystés. J'ai cru devoir appuyer sur cette espèce de transformation du sang en pus véritable, parce qu'elle a été niée par un homme dont l'opinion doit faire loi bien souvent encore, quoiqu'il ait écrit dans le siècle dernier : c'est l'illustre *Morgagni*.

D'après tout ce qui précède, je me crois fondé à distinguer dans l'hémorrhagie brusque et circonscrite du tissu cellulaire les quatre périodes suivantes (1).

1°. Infiltration, 2°. ramollissement du tissu infiltré, 3°. formation

(1) En distinguant ces quatre périodes, je ne prétends point que toute hémorrhagie du tissu cellulaire devra les présenter : il est bien évident que la guérison de la maladie peut se faire à la deuxième, à la troisième, etc.

d'une excavation, 4°. suppuration provoquée probablement par la présence du sang épanché et des fragmens ramollis du tissu cellulaire qui agissent alors sur les parties environnantes comme des corps étrangers.

J'ai vu quelques fois pratiquer l'amputation du sein pour délivrer les malades de tumeurs douloureuses qui se présentaient avec toutes les apparences de carcinômes. Au lieu de matière cancéreuse, on trouvait ces tumeurs composées de kystes plus ou moins nombreux et de volume variable. Tous renfermaient un liquide aqueux au milieu duquel nageait une matière comme fibrineuse, et d'un gris noirâtre. En comparant ces observations avec ce que l'on voit souvent dans le cerveau à la suite de l'apoplexie, je me suis demandé si ces kystes, si d'autres kystes même, ne dépendraient point d'une hémorrhagie. Ces fragmens fibrineux ne seraient-ils point les traces d'un caillot plus ou moins volumineux emprisonné par une fausse membrane qui plus tard se change en kyste?

Le tissu cellulaire sous-cutané n'est point seul le siège de ces hémorrhagies, soit spontanées, soit accidentelles. Il n'est pas rare de trouver sur des individus morts à la suite de maladies quelconques des ecchymoses plus ou moins larges dans le tissu cellulaire très-fin qui unit la plèvre, soit aux poumons, soit aux parois de la poitrine, sans que les parties environnantes participent à l'infiltration sanguine. Je citerai plus tard un cas dans lequel il y avait non-seulement une ecchymose, mais un véritable épanchement entre la plèvre et le poumon.

Le tissu cellulaire sous-muqueux présente quelquefois une altération semblable. Je citerai, à l'article de l'*hémorrhagie dans les muscles*, l'histoire d'un homme qui, outre les lésions qui font l'objet principal de son observation, avait au-dessous de la membrane muqueuse du larynx un petit épanchement sanguin circonscrit qui avait donné lieu pendant la vie à des symptômes analogues à ceux de l'angine œdémateuse. On voit, de plus, des altérations semblables dans le tube intestinal.

Le docteur *Fourneau* rapporte dans sa thèse (1) l'observation d'une jeune fille morte pendant une variole dont l'éruption avait été précédée de taches pourprées sur toute l'habitude du corps. A l'ouverture du cadavre, on remarqua à la surface des poumons un grand nombre de points rouges, vermeils, circonscrits, et quelques ecchymoses d'une couleur plus foncée. L'artère pulmonaire à son origine, le ventricule droit, l'oreillette droite du cœur, présentaient trois ecchymoses lenticulaires d'un rouge vif, qui tranchaient sur la couleur naturelle de ces parties.

L'estomac et le duodénum, une partie de l'intestin grêle et l'S du colon étaient parsemés de petits points rouges et d'ecchymoses, dont quelques-unes étaient recouvertes d'une sécrétion couenneuse grisâtre.

Cette observation nous montre l'hémorrhagie à sa première période dans le tissu cellulaire, veineux, sous-séreux et sous-muqueux.

Voici un fait qui nous présente l'hémorrhagie du tissu cellulaire sous-muqueux à ses diverses périodes.

Un homme d'une constitution misérable, affaibli encore par la misère et le travail pénible, carrier, entra à l'hôpital Necker, au mois de mars 1824, pour s'y faire traiter d'une diarrhée qui durait depuis plusieurs semaines; il fut mis à l'usage de l'eau de riz et de la décoction blanche, et à un régime peu abondant. Le dévoiement continua avec la même fréquence: on joignit à ces moyens des quarts de lavemens avec l'amidon, un jaune d'œuf et dix gouttes de laudanum. La fréquence des selles était considérablement diminuée, lorsque, tout d'un coup, après la visite, cet homme fut pris d'une syncope et expira avant qu'on eut pu lui administrer aucun secours. L'ouverture du corps ne fit point reconnaître la cause de cette mort inopinée,

(2) Observations sur quelques cas d'hémorrhagies cutanées et sous-cutanées, indépendantes de violences extérieures; par *Alexandre Fourneau*, D. M. P., p. 13, obs. 2.

mais la membrane muqueuse du gros intestin, depuis l'arc du colon jusqu'à l'anus, était parsemée d'une infinité d'élevures peu saillantes, d'une ligne ou deux de diamètre, rouges, paraissant formées par un petit caillot sanguin épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La surface de quelques-unes de ces petites tumeurs était ulcérée, et, en râclant le fond grisâtre et comme pultacé de ces ulcérations, on trouvait un grumeau noirâtre formé évidemment par du sang. Dans d'autres points on ne trouvait qu'un ulcère autour d'une aréole ecchymosée.

On voit des descriptions d'altérations semblables dans les nombreuses observations des fièvres graves, et notamment de celles qui ont été nommées *fièvre entéro-mésentérique*, par M. PETIT; *entérite-exanthématique*, par M. LERMINIER; *dothinentérie maligne*, par M. BRETONNEAU.

Je me dispense de commenter ces faits, il est impossible de ne point y reconnaître la même succession de phénomènes qui nous ont frappés dans la description de l'hémorrhagie sous-cutanée.

B. Dans les altérations que j'ai tâché de décrire, nous avons vu jusqu'à présent des hémorrhagies circonscrites se faisant avec plus ou moins de rapidité, revêtues en quelque sorte des caractères de l'apoplexie; mais, dans un grand nombre de cas, l'afflux sanguin ne se fait point dans des limites aussi bien tracées ni avec cette sorte d'*activité*. Le tissu cellulaire est pénétré lentement, dans une plus ou moins grande étendue, d'un sang liquide et noir, qui semble n'y être apporté qu'en vertu des lois physiques, et ne peut rentrer dans le torrent de la circulation à cause de l'atonie du système capillaire. La couche de tissu cellulaire infiltré se laisse distendre de plus en plus, s'épaissit, devient friable; enfin, si cet état de choses persiste assez long-temps, une inflammation, en quelque sorte passive, s'établit, et les tissus sont lentement détruits par la suppuration.

Je pourrais citer des exemples nombreux de cette altération à ses différens degrés; ainsi, chez les sujets qui meurent d'une variole confluente, souvent la peau des mains, de la face, du front et du

dos semble s'épaissir, et prend une couleur violacée. A l'autopsie, on voit que le tissu cellulaire est gorgé d'un sang noirâtre, mais conserve encore assez bien sa densité naturelle. Chez les scorbutiques, on observe aussi une semblable altération, surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux des gencives ; mais il y a de plus ramollissement et souvent suppuration. On sait en effet qu'au nombre des symptômes du scorbut, les plus fréquents sont, la tuméfaction des gencives avec suintement de sang, leur friabilité, puis leur suppuration plus ou moins lente.

On rencontre encore des exemples d'hémorrhagies *passives* non circonscrites chez les individus morts d'affections chroniques ou organiques, et après avoir passé par tous les degrés possibles d'atonie. Les parois du tube intestinal sont quelquefois épaissies, infiltrées d'un sang noir, et plus ou moins friables chez des sujets qui ont succombé à la suite d'un méloena. Chez une femme morte d'un cancer du foie, et qui, pendant le cours de sa longue agonie avait eu de fréquentes épistaxis, j'ai trouvé la membrane muqueuse de la voûte des fosses nasales épaisse de plus de trois lignes, facile à déchirer, et d'un rouge noirâtre.

Je n'ai jamais vu le tissu cellulaire sous-muqueux infiltré de sang et passant à la suppuration ; il est probable que cette période se présenterait également si l'épuisement dans lequel est plongée l'économie toute entière, dans des cas de ce genre, n'enlevait aux forces vitales le peu d'activité qui leur reste.

En résumant ce que j'ai dit jusqu'à présent, on voit que l'hémorrhagie du tissu cellulaire donne lieu dans tous les cas aux mêmes phénomènes ; que ces phénomènes se passent dans des limites très-circonscrites, et se succèdent avec rapidité lorsque l'hémorrhagie est active, ou mieux, lorsqu'il y a apoplexie ; que ces mêmes phénomènes, au contraire, se montrent dans une plus grande surface, et se succèdent avec lenteur lorsque l'hémorrhagie est passive, mais que le dernier de ces phénomènes peut être l'inflammation, aiguë dans le premier cas, et pour ainsi dire passive dans le second.

Hémorrhagies du tissu musculaire.

Les hémorrhagies du tissu musculaire peuvent être déterminées par les mêmes circonstances que celles du tissu lamineux ; des coups, des blessures faites avec un instrument étroit peuvent les occasionner. On les rencontre fréquemment chez les individus morts d'une contusion générale, ou qui ont été tués après avoir fait une résistance opiniâtre et qui nécessitait de violens efforts musculaires. On les voit également sur les cadavres d'individus morts à la suite d'opérations chirurgicales très-douloureuses et pendant lesquelles ils ont montré une grande indocilité ; dans ces différens cas, on trouve au milieu des muscles les plus épais, tels que les gastrocnémiens, le triceps crural, les fessiers, etc., des épanchemens plus ou moins étendus d'un sang noir et caillé ; en examinant attentivement les parois du foyer qui contient cet épanchement, on voit que ces parois sont formées par les fibres musculaires rompues dans certains points, simplement écartées dans d'autres.

Si l'épanchement date de plusieurs jours, les parois du foyer sont d'un rouge noirâtre à une plus ou moins grande profondeur. On distingue au milieu du sang des débris de fibres musculaires ou de tissu lamineux : plus tard la matière épanchée est plus liquide, elle est couleur lie de vin, semblable à un mélange de pus et de sang ; les parois ont la coloration naturelle des muscles. Enfin, à une époque plus avancée encore, le liquide épanché est du pus qui renferme quelques débris de caillots ; à cette période les parois commencent à se revêtir de fausses membranes, qui finissent par convertir ces foyers en abcès enkystés.

Les choses se passent de la même manière lorsque l'hémorrhagie est déterminée par une cause interne ; on trouvera rassemblés, dans l'observation suivante, tous les degrés possibles de l'hémorrhagie musculaire.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, amaigri, à chairs molles,

entra dans l'hôpital de la Charité le 15 mai 1825, pour se faire traiter d'un érysipèle phlegmoneux qui occupait les paupières et le front; cet érysipèle avait été déterminé par une forte contusion. Le bras et l'avant-bras droit de cet homme, et ses deux membres inférieurs, étaient parsemés de tumeurs saillantes, arrondies, ayant en général le volume d'un œuf de poule, et qui présentaient une sorte de fluctuation difficile à bien saisir, à cause de la mollesse des tissus environnans. En effet, lorsqu'on comprimait ces tumeurs, on percevait une sensation semblable à celle que donnent des loupes formées d'un tissu graisseux lâche. Il me fut impossible de recueillir aucun renseignement sur la manière dont ces tumeurs s'étaient développées. « *Ce n'est point là mon mal*, disait le malade, *j'ai ces grosseurs depuis bien long-temps; tantôt il m'en a poussé une, tantôt une autre, jamais elles ne m'ont fait souffrir.*

Cet homme succomba le douzième jour de son entrée; il fut enlevé par une arachnitis. Pendant les deux derniers jours de sa vie, sa respiration était devenue extrêmement pénible et sifflante, sa voix et sa toux ressemblaient à celles des sujets affectés d'angine oedémateuse (1).

Ouverture du corps. La membrane muqueuse du larynx présentait, au niveau de la partie postérieure du cartilage cricoïde, une tumeur molle, rouge, fluctuante, du volume d'un pois. Cette tumeur était remplie par un liquide assez épais, semblable à de la lie de vin.

Les parois du cœur contenaient dans leur épaisseur, et sans aucune saillie apparente, trois petits foyers capables de loger un pois chiche. L'un d'eux était plein d'un liquide épais, lie de vin, ses parois étaient molles et d'un rouge livide; dans le second, le liquide était formé presque entièrement de pus, au milieu duquel on remarquait de petits caillots noirs. Ses parois avaient la couleur et la densité ordinaire du tissu cardiaque. Enfin, dans le troisième foyer, le pus paraissait plus homo-

(1) J'ai cru devoir supprimer dans cette observation tout ce qui ne se rattachait pas immédiatement à mon sujet.

gène; les parois, semblables à celles du précédent, étaient couvertes çà et là de petites taches grisâtres formées évidemment par des concrétions pseudo-membraneuses, qu'on pouvait enlever en les râclant avec un scalpel.

Les tumeurs des membres étaient en beaucoup plus grand nombre qu'on ne l'aurait cru d'abord, parce qu'on en découvrit de nouvelles en incisant profondément les muscles. On en compta en tout vingt-neuf; elles étaient toutes situées dans l'épaisseur des muscles : les plus extérieures ne faisaient saillie qu'à travers les aponévroses des membres. Comme elles différaient les unes des autres par les liquides qu'elles renfermaient et par l'aspect de leurs parois, je les diviserai en quatre ordres.

I^{er} ORDRE. — (C'étaient en général les plus profondes). — *Liquide* formé de sang noir, en partie coagulé. — *Parois* inégales, molles, paraissant infiltrées d'un sang également noir, formées par les fibres musculaires, qui étaient brisées dans quelques points, et ailleurs simplement écartées les unes des autres.

II^e ORDRE. — *Liquide* assez épais, ayant l'aspect de la lie de vin, mêlé de grumeaux de sang noir. — *Parois* d'un rouge livide, moins molles, moins gorgées de sang que dans l'ordre précédent.

III^e ORDRE. — *Liquide* presque entièrement formé d'un pus phlegmoneux, mêlé encore de caillots. — *Parois* ayant la couleur et la consistance des muscles, revêtues par endroits de petits feuillets couenneux.

IV^e ORDRE. — Pus crémeux, d'un blanc tirant sur le jaune. — *Parois* revêtues d'une membrane lisse, presque organisée complètement, analogue aux membranes séreuses.

Les interstices musculaires des bras et des cuisses étaient infiltrés d'une sérosité citrine et limpide.

Il est facile de reconnaître, dans cette description, toutes les périodes

des de l'hémorrhagie que nous avons énoncées pour le tissu cellulaire. Nous en trouvons même une de plus, c'est la conversion de la collection purulente en un abcès enkysté. Cette dernière période, à la vérité, ne se rapporte pas immédiatement aux hémorrhagies, puisque, à l'époque où le kyste se forme, ce n'est plus un épanchement sanguin, mais bien un abcès ordinaire que l'on a à traiter; je regarde pourtant cette dernière période comme très-importante. Il nous suffit, en effet, de l'avoir montrée dans les muscles, pour que nous puissions, en raisonnant par analogie, l'admettre avec fondement dans un autre organe, lors même que l'observation ne nous l'aurait point fait rencontrer. Or, pour le poumon, par exemple, une pareille remarque devient très-intéressante; elle nous conduit à affirmer que toutes les excavations tapissées de membranes que l'on trouve dans cet organe ne proviennent point de la fonte d'une masse tuberculeuse.

L'infiltration séreuse du tissu cellulaire intermusculaire chez le même sujet dont on vient de lire l'observation me paraît digne aussi de fixer l'attention. Ce n'est point que je croie possible de démontrer qu'elle se rattache nécessairement à la maladie des muscles; mais j'ai été frappé, en lisant la description d'altérations à peu près semblables trouvées sur un sujet dont mon ami, le docteur *Dalmas*, voulut bien me communiquer l'histoire, j'ai été frappé, dis-je, de voir que le tissu cellulaire avait paru infiltré de la même manière. M. *Dalmas* me dit, à ce sujet, qu'il avait trouvé constamment une semblable infiltration dans le tissu cellulaire voisin de grands foyers hémorrhagiques ou inflammatoires.

Enfin, pour terminer les réflexions qui découlent de la même observation, les petits foyers trouvés dans le cœur, et qui sont de même nature que ceux des membres, prouvent que le système musculaire de la vie organique peut être aussi le siège de l'hémorrhagie. On ne sera point surpris que cette lésion ne se soit manifestée par aucun trouble particulier de la circulation; tout le monde sait, en effet, qu'il n'est point rare de trouver chez les individus qui succombent à la suite de grandes opérations, des foyers purulens plus ou moins

nombreux dans le cœur, le poumon, le cerveau, etc., sans aucun trouble notable dans les fonctions de ces organes.

Pendant le mois de février 1826, j'ai vu, à l'hôpital de la Charité, un jeune homme qui, à la suite d'une marche forcée, avait été pris d'un gonflement énorme des parties molles qui environnent l'articulation coxo-fémorale gauche. Deux ans auparavant, la même cause avait donné lieu à une maladie semblable du même côté. La guérison n'avait eu lieu qu'au bout de trois mois; le malade avait été long-temps avant de pouvoir se servir de son membre. Il succomba après avoir été tourmenté successivement par une pneumonie, une entérite très-grave, enfin par des douleurs extrêmement vives dans toutes les articulations.

A l'ouverture du corps on trouva, dans l'épaisseur ou dans les interstices des muscles qui environnent l'articulation coxo-fémorale, des foyers absolument semblables à ceux décrits précédemment; seulement aucun d'eux n'était encore enkysté. Me ressouvenant que cet homme avait eu une maladie semblable deux ans auparavant, je recherchai avec précaution si je n'en trouverais pas de traces : je rencontrai, dans l'épaisseur du muscle grand-fessier, une plaque cartilagineuse épaisse de deux lignes, ayant à peu près trois quarts de pouces en longueur et en largeur; elle était entourée d'un tissu cellulaire d'autant moins dense qu'il était plus éloigné. Cette plaque était composée de deux feuillets qui se touchaient par leur face interne et se confondaient par leurs bords.

Il me parut évident que cette plaque était la cicatrice d'un ancien abcès enkysté, analogue aux cicatrices pulmonaires ou cérébrales.

Avant de terminer cet article, je crois devoir exposer quelques faits dans lesquels j'ai pu observer l'hémorrhagie des muscles, et même de tous les tissus d'un membre, dans des circonstances tout à fait différentes de celles que nous avons rencontrées jusqu'à présent; mais je ne puis le faire sans consacrer quelques lignes à des considérations que l'on trouvera peut-être étrangères à mon sujet; elles s'y rattachent pourtant par les faits qui vont les suivre.

Il est une variété de la gangrène sénile décrite par *Pott*, mentionnée d'après lui dans nos meilleurs traités de chirurgie, qui s'annonce souvent par des douleurs cruelles dont l'invasion a lieu le plus ordinairement pendant la nuit. Peu après des taches d'un rouge violet ou d'un noir plus ou moins foncé se manifestent vers les parties les plus extrêmes du membre souffrant; la peau se décolore, devient froide, insensible au contact des corps extérieurs; cependant les douleurs sont de plus en plus cruelles : elles arrachent des cris au malade; celui-ci ne peut jouir d'aucun instant de repos. Enfin la gangrène et la putréfaction se manifestent d'une manière non douteuse en envahissant d'abord les points qui présentaient la tache dont nous avons parlé.

Après avoir employé inutilement tous les moyens conseillés pour traiter la gangrène, *Pott* eut l'idée de combattre les douleurs par des opiacés donnés à des doses peu considérables, mais rapprochées; ce médicament arrêta non-seulement les progrès de la gangrène lorsque déjà elle était déclarée, mais la prévint même, et l'empêcha de se manifester lorsque la maladie se bornait encore aux douleurs et à l'apparition de taches violacées. M. le professeur *Dupuytren* a obtenu un succès semblable, non point avec l'opium, mais à l'aide de la saignée, dans des cas très-analogues à ceux décrits par *Pott* (1). Cette maladie n'attaque point seulement les vieillards, d'après le praticien anglais, car il l'a observée sur des individus de tous les âges, et notamment chez des sujets robustes et adonnés à la bonne chère. Elle n'est point certainement causée par l'ossification des vaisseaux ou par leur oblitération à l'aide de caillots, car de quelle manière l'opium ou la saignée générale pourraient-ils combattre de pareilles causes? Il est donc probable qu'elle n'est que l'effet, la terminaison d'une maladie que nous ne connaissons pas. Les recherches anatomiques n'ont pu dissiper l'ignorance où l'on est encore sur ce point, parce que lorsque les

(1) Voy. Dictionn. de médecine en 18 volumes, t. 10, article *gangrène*.

malades meurent, la putréfaction a déjà altéré les tissus de manière que la dissection en est impossible, ou bien, lorsqu'on pratique l'amputation des membres, le même motif empêche leur examen. Or, voici le peu que j'ai pu observer : les conclusions que j'en tire peuvent être fausses, ou au moins un peu hasardées, mais je ne doute point que des observateurs plus habiles ne puissent s'en servir très-utilement.

Un jeune homme de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique-sanguin, grand et fort pour son âge, entra à l'hôpital Necker dans le courant du mois de mars 1823, pour s'y faire traiter d'une fièvre continue légère : pendant sa convalescence, il fut pris d'une douleur extrêmement vive dans la jambe droite; ce membre devint pâle et froid; des taches violettes se manifestèrent, le troisième jour de la maladie, dans le voisinage des malléoles; l'épiderme qui recouvrait ces taches semblait à demi-soulevé et comme mobile. Des compresses imbibées d'alcool camphré ou d'eau de Goulard, des fomentations avec les décoctions de quinquina et de têtes de pavot, furent successivement employées. Les douleurs devinrent si vives que le malade ne pouvait éprouver un seul instant de repos. La plus légère pression exercée sur le membre, le poids même des couvertures, augmentait singulièrement ses souffrances. Le dixième jour, l'épiderme des orteils se détachait en manière de gant; le derme, mis à nu, était d'un rouge livide; les douleurs cessèrent au pied, mais conservèrent leur intensité dans la jambe; vers le tiers supérieur de cette partie, la peau était rosée et légèrement tuméfiée. Le dix-neuvième jour, M. *Laennec*, alors médecin en chef de l'hôpital Necker, perdit tout espoir de conserver le membre; M. *Baffos*, chirurgien en chef du même établissement, fut d'un avis conforme au sien : l'amputation de la cuisse fut décidée, et pratiquée aussitôt. Cette opération fut suivie du plus heureux succès.

L'examen anatomique du membre fit reconnaître les particularités suivantes :

Tous les tissus de la jambe étaient rouges et infiltrés de sang; les

os eux-mêmes semblaient garancés. On trouva , dans l'épaisseur des muscles jumeaux et soléaires , plusieurs petits foyers capables de loger une petite aveline , et pleins de pus mêlé à du sang. Ces petits foyers étaient tous situés à peu près sur le même plan , et correspondaient à la hauteur où , pendant la vie , on avait remarqué de l'érythème à la peau. Le faisceau formé par les vaisseaux et nerfs poplités était entouré d'un tissu cellulaire infiltré de sang. Les nerfs étaient pénétrés de ce liquide. L'artère poplitée était remplie , dans sa portion jambière , par un caillot ; ce caillot était noirâtre , sec , mais peu consistant , comme friable supérieurement ; son extrémité inférieure était terminée en pointe , était entièrement fibrineuse , et il s'enfonçait dans le tronc tibial postérieur jusqu'à l'origine de l'artère péronière.

M. *Laennec* pensa , d'après les altérations que je viens de décrire , que la maladie de ce jeune homme était un scorbut aigu borné à un membre. Sans prétendre m'élever contre l'opinion de mon illustre maître , je crus voir une ressemblance frappante entre les symptômes éprouvés par notre jeune malade et ceux assignés par *Pott* à sa variété de la gangrène sénile. Pourtant les caractères physiques du caillot paraissaient à mes condisciples ne point être ceux d'un caillot antérieur à l'invasion de la gangrène , ils pensèrent que sa formation datait d'une époque moins éloignée que l'apparition des douleurs ; d'un autre côté , lors même que ce caillot aurait présenté des signes d'une origine ancienne ; pourquoi les symptômes causés par l'oblitération de l'artère poplitée étaient-ils si différens , dans ces cas , de ceux qui précèdent l'invasion de la gangrène lorsque cette fâcheuse maladie survient à la suite de la ligature d'un gros tronc vasculaire ? Je pensai , dès cette époque , que l'infiltration sanguine de tous les tissus pouvait bien être une altération qui , quoique ne constituant point , à proprement parler , la maladie , en était le premier effet , et que la gangrène ainsi que la formation de caillot n'en étaient que des effets plus éloignés.

Au mois d'avril 1826 , une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans , parvenue au dernier degré de la caducité , fut reçue dans les salles de chirurgie de l'hôpital de la Charité. Elle éprouvait depuis plu-

sieurs jours des douleurs atroces avec engourdissement et refroidissement des deux jambes. Celles-ci présentaient cinq à six taches violettes très-circonsrites sur lesquelles l'épiderme semblait prêt à se détacher ; ces taches n'avaient paru , dit la malade , que depuis un jour seulement. Cette femme mourut pendant la nuit qui suivit immédiatement son entrée , avant d'avoir été vue par le chirurgien en chef.

L'ouverture du corps fit reconnaître plusieurs épanchemens sanguins entre les fibres musculaires , sans déchirure de celles-ci ; on trouva, de plus, une infiltration sanguine noirâtre du tissu cellulaire dans les points correspondans aux taches violettes de la peau. La plupart des artères des membres et du tronc étaient ossifiées par plaques : à un pouce environ au-dessus de sa terminaison , l'aorte contenait un caillot fibrineux extrêmement dense, incolore , adhérent à la face postérieure de cette artère, mais séparé de sa face antérieure par un espace équivalent à la moitié du calibre de ce vaisseau. Dans ce même sens , le caillot était creusé en gouttière. Les veines fémorales et iliaques externes étaient remplies de caillots noirs, humides , et très-peu consistans.

La maladie de cette femme datait de quelques jours seulement avant sa mort ; aussi les altérations du tissu trouvées dans ses jambes étaient-elles moins profondes que celles que l'on a pu voir dans le sujet de la première observation ; mais ces altérations étaient, au reste, absolument les mêmes. Le caillot trouvé dans l'aorte était , à la vérité, très-ancien ; mais il n'empêchait pas la circulation du sang ; et s'il avait été la cause de la maladie , pourquoi les cuisses et la partie inférieure du tronc de cette femme n'auraient-elles point été le siège des mêmes symptômes ? Pourquoi, chez le sujet dont parle M. *Cooper*, l'oblitération presque complète de l'aorte n'aurait-elle pas donné lieu aux mêmes accidens ?

Mon compatriote, M. *Vaisse*, élève externe à l'hôpital des Enfants-malades , m'a dit avoir observé les altérations suivantes sur un cadavre qui lui fut livré pour ses dissections dans les pavillons de l'école pratique. Tous les tissus de la cuisse étaient infiltrés de sang noir,

le muscle triceps crural était presque entièrement converti en une bouillie noirâtre. Le fémur était dénudé dans une assez grande étendue, et son périoste était d'un rouge foncé. La peau de la cuisse était d'un rouge violacé, cette coloration était disposée par bandes longitudinales à la partie interne du membre. L'état des vaisseaux ne fut point constaté. Ce cadavre paraissait être celui d'une femme de cinquante-cinq à cinquante-huit ans.

De ces trois faits je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

La maladie décrite par *Pott* comme une variété de la gangrène sénile n'est point une maladie essentiellement gangréneuse, comme le furoncle et le charbon, puisqu'à l'aide d'un traitement convenable on peut arrêter son développement.

Cette gangrène est précédée d'une véritable hémorrhagie de tous les tissus, qui, lorsqu'elle n'est point trop avancée encore, est susceptible de guérison.

Cette gangrène non plus que l'état hémorrhagique ne dépendent pas de la présence des caillots dans les vaisseaux, puisque ces caillots peuvent, dans certains cas, présenter des caractères qui indiquent un ancienneté moindre que celle de la maladie elle-même, et que, dans d'autres, leur position ou la comparaison de ce qui se passe, lorsque des vaisseaux considérables sont plus ou moins complètement oblitérés, empêche d'admettre cette supposition.

Les seuls symptômes qui puissent guider pour reconnaître la nature et le siège de cette maladie, sont les douleurs atroces éprouvées par les malades et le refroidissement des membres.

Quel est donc la nature et le siège de cette affection ? Il me semble qu'on pourrait l'attribuer à une névrite ou à toute autre affection des nerfs susceptible de causer une vive douleur ; car un effet constant de la douleur, lorsqu'elle est générale, ou lorsqu'elle a son siège dans le centre nerveux, c'est la diminution ou même la suppression des forces circulatoires. Le pouls devient petit et quelquefois très-rare chez les individus qui subissent une opération douloureuse, surtout si cette opération est longue ; quelquefois même ils meurent peu

d'heures après sans qu'on puisse attribuer cette mort à une autre cause que la douleur.

On observe les mêmes choses dans des péritonites très-étendues et très-aiguës ; enfin , chez les personnes tourmentées de la migraine ou de fièvres larvées, caractérisées par une hémicrânie , le plus souvent on remarque , pendant les accès , une pâleur générale, la petitesse, la rareté et la lenteur du pouls. Or, pourquoi la douleur, lorsqu'elle a son siège dans les principaux nerfs d'un membre , ne produirait-elle pas sur ce membre des effets analogues à ceux qu'elle produit sur l'économie toute entière (1) ?

L'hémorrhagie serait facile à expliquer, je crois, à l'aide de cette cause. On a pu remarquer, en effet, dans les trois faits précédens, que l'afflux sanguin ne s'était point opéré par portions circonscrites comme dans l'hémorrhagie active avec apoplexie. Les tissus étaient infiltrés de la même manière que dans l'hémorrhagie passive ; cette infiltration n'était donc causée elle-même que par la stase des liquides.

Hémorrhagie des poumons.

Elle peut se présenter sous trois formes différentes. Tantôt, en effet, le poumon tout entier est le siège d'un afflux sanguin subit ; tantôt des portions isolées et parfaitement circonscrites sont brusquement infiltrées ; dans d'autres circonstances enfin, une plus ou moins grande étendue du poumon est pénétrée lentement d'un sang liquide, qui fait subir à son tissu diverses modifications ; mais ces modifications se succèdent par nuances insensibles, de la circonférence au centre, de sorte qu'il est impossible souvent de discerner le point où commence la maladie et celui où elle finit.

On pourrait désigner la première forme de l'hémorrhagie pulmo-

(1) Voyez *Boerrhave*, aph. chir. 226.

naire par les mots *coup de sang* ; la seconde, sous le nom d'*apoplexie pulmonaire* (c'est le nom qui lui a été donné par M. Laennec) ; et la troisième, sous celui d'*engouement*, qui lui-même est susceptible de plusieurs degrés.

A. Le coup de sang pulmonaire est très-rare ; il n'a point encore été signalé, que je sache. Il donne lieu à des symptômes tout à fait semblables à ceux du catarrhe suffocant. On l'observe quelquefois chez les individus atteints d'un anévrysme du cœur ou des gros vaisseaux. Ses caractères anatomiques sont les analogues du coup de sang cérébral. Le tissu pulmonaire conserve à peu près sa crépitation ; il est seulement d'un rouge noirâtre, et laisse écouler sous l'incision une foule de gouttelettes d'un sang liquide et noir. Les poumons des individus morts par asphyxie présentent souvent un état semblable à celui que nous venons de décrire. Je crois qu'il convient de les regarder comme identiques, puisque, chez les mêmes individus, on désigne par le nom d'*apoplexie* l'infiltration sanguine que l'on trouve souvent dans leur cerveau.

On verra dans l'observation suivante un exemple de coup de sang pulmonaire.

Un garçon d'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité, fut reçu dans les salles de chirurgie de cet Hôpital, pendant l'hiver de 1825, pour y être traité d'un panaris. Cet homme, extrêmement adonné aux boissons alcooliques, présentait, depuis long-temps, des symptômes d'hypertrophie du ventricule droit du cœur ; il était, de plus, tourmenté par le catarrhe chronique qui accompagne fréquemment ces maladies. Trois jours après son entrée, il fut pris d'un violent accès de dyspnée, pendant lequel il présentait tous les signes d'une suffocation imminente. La respiration était haute, inégale, entrecoupée, accompagnée d'un râle sibilant qui existait dans tous les points de la poitrine, et que l'on entendait même sans ausculter le malade. La face était comme turgescence, d'un rouge violacé, inondée de sueur ; les veines sous-cutanées du cou étaient distendues, toute l'habitude du

corps était comme plombée et couverte de sueur. Le pouls, quoique fréquent et large, était très-facile à déprimer. Une saignée très-copieuse procura un soulagement marqué, ce soulagement ne dura que trois heures. De nouveaux accès de dyspnée, plus forts que le premier, revinrent avec violence, la saignée ne les diminua point; il s'y joignit une toux par quintes, avec expectoration de matières spumeuses légèrement rosées. On employa des pédiluves et des maniluves synapisés, des antispasmodiques à l'intérieur, mais sans succès. Le malade expira le troisième jour de l'invasion de ces symptômes.

A l'ouverture du corps, on trouva, outre l'hypertrophie du cœur, les poumons gorgés d'un sang liquide et noir, qui s'écoulait en abondance quand on pratiquait des incisions. Le tissu pulmonaire était pourtant bien crépitant et avait sa consistance naturelle.

B. L'hémorrhagie circonscrite du poumon, ou apoplexie pulmonaire, est extrêmement fréquente. C'est au professeur *Laennec* que l'on en doit la première description; mais cet habile observateur, faute d'occasions, sans doute, n'a pu la décrire dans toutes ses périodes. Je lui emprunterai textuellement les détails anatomiques qu'il donne sur cette maladie. (1) « Les hémorrhagies fortes et abondantes dépendent d'une cause très-grave, dont le premier effet peut produire
« une altération profonde du système pulmonaire lui-même.

« Cette altération consiste en un endurcissement égal à celui du

(1) Voyez *Laennec*, de l'Auscultation médiate, t. 2, liv. 1. Ayant été, pendant près de deux ans, l'élève de M. *Laennec* à l'hôpital Necker, je n'aurais point laissé passer cette occasion sans lui offrir un témoignage public de ma reconnaissance; qu'il me soit permis de rendre à sa mémoire l'hommage qu'il m'eût été si doux de lui faire agréer pendant sa vie. Je ne sépare point de lui, dans une semblable circonstance, les praticiens pleins de bienveillance sous lesquels j'ai fait le service interne dans divers hôpitaux, et notamment M. *Honoré* à l'hôpital Necker, M. *Boyer* à l'hôpital de la Charité, et M. *Baffos* à l'hôpital des Enfants malades. Je ne pourrai jamais me rappeler leurs excellents préceptes sans être ému par le souvenir de leurs bontés.

« poumon le plus fortement hépatisé, mais d'ailleurs tout à fait dif-
 « férent. Cet endureissement est toujours partiel, et n'occupe même
 « jamais une grande partie du poumon. Son étendue la plus ordinaire
 « est d'un à quatre pouces cubes. Il est toujours très-exactement
 « circonscrit, et, au point où cesse l'induration, l'engorgement est
 « aussi considérable que vers son centre. Le tissu pulmonaire
 « environnant est tout à fait crépitant et sain, et n'offre rien
 « d'analogue à cette densité, progressivement moindre à mesure
 « qu'on s'éloigne du lieu affecté, que l'on observe dans la péripneu-
 « monie. Le tissu pulmonaire est souvent même très-pâle autour des
 « engorgemens hémoptysiques; quelquefois, cependant, il est for-
 « tement rosé, ou même rouge et infiltré, ou plutôt teint d'une
 « certaine quantité de sang vermeil; mais, dans ce cas même, la ligne
 « de démarcation entre l'engorgement dense et la légère infiltration
 « sanguine dont il s'agit est toujours très-tranchée. La partie engorgée
 « présente une couleur d'un rouge noir très-foncé et tout à fait sem-
 « blable à celle d'un caillot de sang veineux. La surface des incisions
 « est granulée comme dans l'hépatisation; mais d'ailleurs l'aspect de
 « ces deux altérations est tout à fait différent. Dans l'hépatisation au
 « second degré, la couleur vermeille du tissu pulmonaire enflammé
 « laisse voir parfaitement les taches noires pulmonaires, les vaisseaux,
 « et les légères intersections celluleuses qui partagent ça et là le
 « tissu du poumon; et c'est même le mélange de ces couleurs qui
 « donne, comme nous l'avons dit, au poumon hépatisé l'aspect de
 « certains granits. La même chose s'observe encore dans la péripneu-
 « monie au troisième degré, et lorsque l'infiltration purulente a con-
 « verti la totalité du poumon en une masse jaunâtre. Dans l'engor-
 « gement hémoptysique, au contraire, la partie endurcie présente
 « un aspect tout à fait homogène, et sa couleur, presque noire ou
 « d'un brun très-foncé, ne permet de distinguer autre chose de la
 « texture naturelle du poumon que les bronches et les plus gros
 « vaisseaux, dont les tuniques ont même perdu leur couleur blanche
 « et semblent teintes de sang.

« Si l'on racle avec le scalpel la surface de ces incisions , on en en-
 « lève un peu de sang très-noir et à demi-coagulé , mais en beaucoup
 « moins grande quantité que la sérosité sanguinolente qui suinte d'un
 « poumon hépatisé au second degré. Les granulations que présente
 « la surface des incisions , quand on les expose à contre-jour , m'ont
 « toujours paru plus grosses que dans l'hépatisation.

« Quelquefois le centre de ces indurations est ramolli et rempli par
 « des caillots de sang pur.

« Ces engorgemens circonscrits , denses , d'un rouge noirâtre ou
 « brun , pâlisent un peu par le lavage , mais ne perdent rien de leur
 « consistance. Ce dernier caractère , joint aux précédens , doit empê-
 « cher de les confondre avec l'engorgement sanguin cadavérique. »

M. le docteur *Andral* (1), recherchant la cause de la dureté que
 présentent les rondelles d'apoplexie pulmonaire , l'attribue à la ré-
 sorption des liquides épanchés. « *S'il nous était donné d'assister ,*
 « *ajoute-t-il , à la formation de l'apoplexie pulmonaire , il est vraisem-*
 « *blable qu'il y aurait une époque où la portion du poumon qui en est le*
 « *siège ne nous présenterait pas la remarquable dureté qu'elle offre plus*
 « *tard.* » Il cite , à l'appui de cette opinion , une observation qui
 lui est propre , et une autre empruntée à *Corvisart* , et déjà citée par
 M. *Laennec*. Il résulte de la première , que la rondelle apoplectique ,
 « *loin d'être endurcie , était remarquable , au contraire , par son extrême*
 « *mollesse.* Il s'en écoulait une grande quantité de sang qui semblait
 « *y être épanché , on eût dit d'une sorte de foyer apoplectique.* On
 « *trouva , dans la seconde , tout le poumon droit déchiré et comme*
 « *macéré par une énorme quantité de sang noir qui l'engorgeait.* La
 « *substance du poumon semblait véritablement se confondre avec les*
 « *caillots.* » M. *Andral* ne me paraît point avoir interprété ces
 faits avec sa justesse ordinaire. L'état des foyers apoplectiques ci-
 dessus décrits , loin de prouver que ces foyers sont récents , indique
 une origine plus reculée , ou au moins doit faire conclure que la

(1) *Voy. Clinique médicale*, t. 3, p. 165 et suiv.

cause de la maladie a agi avec une extrême violence , et a fait parcourir tout d'un coup plusieurs périodes à l'altération des tissus. On observera , en effet , que ces foyers n'étaient point seulement remarquables par leur *mollesse* , mais le sang paraissait y être *épanché*. On eût dit d'une sorte de *foyers apoplectiques* , dans l'un même le poumon était *déchiré* , *macéré* dans le sang , et sa substance semblait se confondre avec les caillots. Or , d'après le même auteur (1) , lorsqu'on soumet à une macération suffisamment prolongée des masses apoplectiques , le sang se détache , ces masses perdent leur couleur , et présentent à leur surface une multitude de petites lacunes qui les font paraître comme criblées de trous. Le parenchyme pulmonaire existe donc alors dans toute son intégrité : seulement les cellules pulmonaires ou peut-être les interstices cellulaires sont dilatés par le séjour prolongé du sang. Or, comment peut-on considérer comme indiquant une maladie plus récente l'état ci-dessus décrit , dans lequel le tissu pulmonaire était déchiré et même détruit ?

Il m'a paru indispensable de discuter avec quelque étendue cette opinion d'un habile observateur , pour établir , 1°. que l'état des foyers apoplectiques , décrit dans les observations citées ci-dessus , loin d'être la première période de l'apoplexie pulmonaire , en est déjà la seconde ; 2°. qu'il est probable que la dureté des rondelles apoplectiques , quelle qu'en soit la cause , dénote une hémorrhagie récente : nous avons vu , en effet , cette même dureté dans les hémorrhagies du tissu cellulaire à leur première période.

Dans quelques cas assez rares , toute la portion du poumon qui est le siège de l'afflux sanguin se ramollit ; le foyer apoplectique est converti en une véritable excavation , dont les parois sont encore infiltrées de sang ou offrent l'aspect naturel au tissu pulmonaire , suivant que le ramollissement a été plus ou moins complet. Ces excavations sont alors remplies d'un liquide épais , de couleur lie de vin ,

(1) Ouvr. cité.

formé par un mélange de sang et de détritns pulmonaire ; quelquefois ce liquide se fait jour au-dehors tout d'un coup. Le malade , qui avait eu jusqu'alors des hémophtysies plus ou moins fréquentes , plus ou moins abondantes , expectore une quantité considérable d'un liquide rouge sale , au milieu duquel sont de petits corps semblables à ceux qui surnagent dans l'eau où l'on a lavé de la chair fraîche ; immédiatement après cette expectoration , la pectoriloque indique que l'excavation s'est vidée complètement. Deux fois j'ai eu l'occasion de diagnostiquer sur ce seul signe un foyer d'apoplexie pulmonaire au troisième degré. L'ouverture des cadavres a justifié ce diagnostic. Dans d'autres circonstances , une ramification bronchique assez volumineuse étant probablement détruite de bonne heure , le tissu du poumon peut être expulsé à mesure qu'il se liquéfie ; l'excavation se forme alors avec lenteur , mais les matières expectorées sortent en trop petite quantité et mêlées à trop de mucus bronchique pour qu'il soit facile d'en tirer une induction certaine sur l'existence de cette excavation.

On trouve, dans les recherches de *Bayle* sur la phthisie pulmonaire, deux observations (XXX^e. et XXXI^e.) qui fournissent des exemples d'apoplexie pulmonaire au troisième degré.

Je n'ai jamais trouvé d'exemple d'apoplexie pulmonaire à un degré plus avancé que ceux que nous venons de voir précédemment ; mais il est évident que rien n'empêche que cela puisse arriver et même n'arrive peut-être assez fréquemment. En effet , quelles sont les périodes qui manquent ici ? C'est d'abord celle où tout le sang est converti en pus , puis celle où les parois de l'excavation sont revêtues d'une fausse membrane. Or, nous avons déjà trouvé le commencement de la première de ces deux périodes. La couleur lie de vin des liquides qui remplissaient les bronches ou les cavités dans les observations précédentes , nous indique la présence du pus , comme on peut s'en convaincre en relisant ce que nous avons dit sur le tissu cellulaire et les muscles , et surtout en comparant ce liquide avec celui que l'on trouve dans les vaisseaux enflammés. Entre les endroits,

en effet, où l'on rencontre du pus parfaitement pur, et ceux dans lesquels il n'existe que du sang, on trouve toujours un liquide lie de vin, qui n'est qu'un mélange de sang et de pus. Or, après la présence du pus, quelle est la condition pour qu'une fausse membrane puisse se former? C'est l'intégrité des parois ou des tissus sur lesquels elle va être déposée. Chez la plupart des sujets, au contraire, que l'on a occasion d'examiner, on trouve que toute la partie du tissu pulmonaire envahie par l'apoplexie n'est pas entièrement détruite; car en ratissant les parois des excavations, on voit que leur tissu est gorgé de sang et très-facile à réduire en pulpe. Ainsi donc, il ne peut y avoir de fausse membrane, parce que les sujets succombent avant que les parois de ces cavités soient dans des conditions anatomiques et physiologiques indispensables pour leur formation. Mais si l'apoplexie pulmonaire n'a envahi qu'une très-petite portion du poumon, si elle n'est point survenue comme complication d'une maladie plus ou moins grave, si, enfin, elle a été assez intense pour avoir parcouru les trois premières périodes, il est évident que les deux autres devront nécessairement survenir dans les cas où le malade survit, puisqu'elles ne sont en quelque sorte que les moyens employés par la nature pour la guérison des foyers hémorrhagiques. Ainsi, dans ce cas, les parois se couvriront de fausses membranes, celle-ci s'organiseront, s'épaissiront, se changeront en un tissu plus ou moins rapproché des cartilages, et finiront par oblitérer l'excavation en se rapprochant l'une de l'autre: nous en avons vu un exemple en parlant de l'hémorrhagie du tissu musculaire; il est donc naturel de penser que ces cicatrices pulmonaires, que l'on rencontre si fréquemment (1) dans le sommet des poumons, proviennent quelquefois de la guérison des foyers apoplectiques.

(1) On trouve si fréquemment de pareilles cicatrices, que cette fréquence seule doit éloigner l'idée qu'elles soient dues *toujours* à la phthisie tuberculeuse; une aussi terrible maladie ne peut point être aussi souvent locale. Or, sur vingt cadavres, on en rencontre au moins quatre qui offrent des cicatrices.

L'apoplexie pulmonaire est assez souvent compliquée de phthisie pulmonaire, ou bien survient pendant la durée même de cette maladie; elle n'offre alors d'autres particularités que celle-ci. Au milieu de crachats sanglans que rendent les malades, on trouve quelquefois des tubercules entiers réunis par groupes de deux ou trois. Lorsqu'on fait l'ouverture des sujets qui succombent pendant la durée de cette double maladie, on trouve également des tubercules isolés au milieu du liquide qui remplit l'excavation, ou bien dans la pulpe molle qui forme ses parois.

Il n'est point rare de voir l'apoplexie pulmonaire survenir pendant la durée d'une pneumonie. Cette complication coïncide toujours avec un symptôme qui ne m'a jamais trompé, et que je considère, d'après cela, comme pathognomonique. La matière de l'expectoration du malade est beaucoup plus abondante et très-liquide; elle paraît noire à sa surface lorsqu'elle est tranquille; mais si on l'agite, elle présente une couleur analogue à celle d'un liquide chargé d'extrait de réglisse.

Les caractères anatomiques de l'apoplexie, dans ce cas, diffèrent un peu de ceux de l'apoplexie simple. Le foyer en est plus petit, et au lieu d'avoir une forme sphérique, il est étoilé, ou au moins plus ou moins anguleux; son centre est constamment occupé par un caillot, même dans les cas où la maladie est la plus récente.

Cette différence, qu'on pourrait être tenté de prendre pour une subtilité inutile, me paraît digne de quelque attention, 1°. parce qu'il est facile de l'expliquer, 2°. parce qu'on peut en trouver l'application.

1°. *Il est facile de l'expliquer.* En effet, le poumon hépatisé diffère du poumon sain en ce que ses cellules et son système capillaire sont occupés par des liquides plus ou moins concrets, qui empêchent la libre communication des veines avec les artères et des cellules les unes avec les autres, comme le prouvent les injections faites par l'artère pulmonaire, qui refluent par l'oreillette gauche lorsque le poumon

est sain, et ne peuvent être poussées qu'avec une extrême difficulté, sans refluer, lorsque le poumon est hépatisé. L'afflux apoplectique ne peut donc se faire, quand un poumon est enflammé, que dans le petit nombre de cellules plus ou moins irrégulièrement et disposées qui ont échappé à l'inflammation; et le nombre de ces cellules n'étant pas en rapport avec l'afflux sanguin, de plus, la friabilité du tissu étant considérablement augmentée par cette inflammation, la déchirure du tissu pulmonaire, et par suite la formation d'un caillot, doit être l'effet immédiat de l'effort apoplectique.

2°. *Cette différence peut fournir matière à une application.* En effet, s'il est un organe dont la condition physiologique se rapproche de celle du poumon enflammé, nous devons arguer de là que l'hémorrhagie devra avoir lieu chez lui comme dans le poumon enflammé, c'est-à-dire que la période d'imbibition n'aura point lieu, et que la maladie devra arriver tout d'un coup à la deuxième et même à la troisième période. Ainsi, en parlant de l'hémorrhagie cérébrale, nous verrons que les foyers apoplectiques sont souvent remarquables par leur irrégularité, et parce qu'ils renferment toujours un caillot à leur centre. Loin de conclure de là que la maladie a été précédée d'un ramollissement qui a détruit préalablement la résistance de la substance cérébrale, nous dirons que l'épanchement peut avoir lieu primitivement, puisque le cerveau, dans son état naturel, se rapprochant par sa consistance de celle du poumon hépatisé, les choses doivent se passer, dans l'un et dans l'autre, de la même manière.

C. L'hémorrhagie lente ou passive du poumon est la plus fréquente de toutes; elle survient toujours dans des circonstances semblables, c'est-à-dire dans tous les cas d'atonie générale, soit que cette atonie dépende d'un état adynamique essentiel, comme dans les fièvres adynamiques, soit qu'elle reconnaisse pour cause l'épuisement des sujets à la suite de maladies très-longues, soit enfin que cette atonie provienne de la caducité.

1°. Dans les fièvres adynamiques, il est extrêmement fréquent de voir des individus bien, constitués et très-vigoureux, frappés dès le début d'une faiblesse si grande qu'ils ne peuvent se soutenir sur leurs jambes. Cette faiblesse coïncide avec une couleur légèrement livide de la peau, une coloration violacée des pommettes, et surtout des lèvres et de la langue; la respiration est rare, lente, suspicieuse; quelquefois l'haleine est froide; le pouls est d'une fréquence et d'une débilite remarquables. Chez eux, la poitrine rend un son mat dans sa partie postérieure, et la respiration s'entend à peine dans cette région; elle est constamment mêlée de râle, qu'il me paraît difficile de qualifier.

2°. A la suite des maladies chroniques ou des maladies aiguës, qui, à cause de leur intensité première, sont suivies d'une sorte de prolapsus, les mêmes symptômes ont lieu quelquefois : ainsi à la fin des fièvres continues qui, inflammatoires ou ataxiques dans leur début, sont compliquées ensuite d'un état adynamique; dans la dernière période des bronchites pseudo-membraneuses, lors même que l'expulsion de la fausse membrane a eu lieu, les malades présentent peu à peu la série de symptômes que nous venons d'indiquer. Il n'est presque pas un malade convalescent de fièvre grave qui ne conserve pendant long-temps une coloration violacée de la face; les lèvres et la langue semblent barbouillées avec du jus de mûre. Si l'on examine la poitrine, on trouve le son mat dans une plus ou moins grande partie de son étendue, et dans ce point la respiration est très-faible et râlante.

3°. Les mêmes choses s'observent chez les vieillards lorsqu'une cause quelconque les retient au lit pendant long-temps dans la même position, et en particulier pendant la durée du traitement des fractures.

Or, voici l'altération que l'on observe dans ces divers cas; elle se présente à plusieurs degrés différens.

1°. Le tissu du poumon est d'un rouge-noirâtre, plus ou moins foncé; il est plus pesant, plus dense que dans l'état ordinaire, surnage

encore dans l'eau , crie un peu sous le scalpel , et lorsqu'on l'incise ; il laisse échapper une plus ou moins grande quantité de sang.

2°. La couleur rouge-noirâtre est plus prononcée , le tissu du poumon est plus pesant , se précipite au fond de l'eau ; son tissu n'est pas grenu comme dans la pneumonie , mais il est lisse , homogène , de plus , il a une mollesse et en même temps une friabilité remarquable , il ressemble par tous ses caractères au tissu de la rate.

5°. Quelquefois , mais rarement , des portions hépatisées plus ou moins étendues se montrent au milieu du lobe envahi par l'infiltration sanguine. Le plus ordinairement , le lobe tout entier ou la totalité de l'organe lui-même est ramolli , converti en une masse plus ou moins rapprochée de l'état liquide , tantôt d'un rouge-noirâtre foncé , tantôt d'une couleur lie de vin. Dans quelque circonstance , le ramollissement complet ou *deliquium* n'occupe que le centre de la portion malade , de sorte que celle-ci se trouve convertie en une véritable excavation , surtout si la matière provenant du détrit pulmonaire mêlé au sang s'est fait jour à travers les bronches. Dans ce cas , celles-ci contiennent une plus ou moins grande quantité d'un liquide putrilagineux d'un rouge-brunâtre analogue à celui qui remplissait l'excavation elle-même. La vingt-neuvième observation de Bayle , dans ses recherches sur la phthisie pulmonaire , offre un exemple parfait de l'hémorrhagie lente parvenue à ce degré.

En lisant la description que je viens de donner ci-dessus , on pourra , je crois , l'interpréter de deux manières différentes. Les uns ne verront dans ces altérations que des effets cadavériques ; d'autres trouveront une forme particulière de la pneumonie. Il est , je crois , facile de détruire la première opinion en disant que ces altérations ne sont point trouvées sur des cadavres ouverts très-long-temps après la mort , lorsqu'il appartenait à des individus qui n'avaient point présenté pendant leur vie les symptômes que j'ai mentionnés plus haut. On les trouve , au contraire , constamment même lorsque l'ouverture des corps est faite peu d'heures après la mort , dans tous les cas où ces symptômes ont été notés pendant la vie , et toujours le

degré des altérations du tissu est en rapport avec le temps depuis lequel on avait observé les premiers symptômes.

Quand à la seconde opinion, elle trouvera d'autant plus de partisans que des hommes du plus grand mérite paraissent regarder cet état du poumon comme une variété de l'inflammation de cet organe. M. le professeur *Lallemand*, entre autres, dans plusieurs endroits de ses lettres sur l'encéphale, montre qu'il regarde le ramollissement brunâtre du poumon comme un effet d'une phlegmasie; mais il m'a semblé évident qu'il professait cet opinion pour faire regarder comme dus à la même cause les ramollissemens brunâtres du cerveau. Or, voici les raisons qui me portent à oser combattre un opinion défendue par des antagonistes aussi redoutables.

1°. Le caractère des congestions hémorrhagiques est surtout d'être d'une couleur rouge-noirâtre plus ou moins foncée; celui des congestions inflammatoires est d'être d'un rouge plus ou moins rutilant. A quoi tient cette différence? Il ne m'appartient point de l'expliquer; elle est suffisamment prouvée, je crois, par les faits présentés précédemment.

2°. Le nom de *splénisation*, sous lequel plusieurs observateurs désignent cette altération, indique la ressemblance qu'il lui ont trouvée avec le tissu de la rate. Or, cet organe étant, par suite de sa structure et de ses fonctions dans un état hémorrhagique habituel, on peut, sans forcer les conséquences, en inférer que la splénisation du poumon n'est due qu'à son état hémorrhagique: cette conclusion est d'ailleurs d'autant plus raisonnable, que cette splénisation ne diffère que par l'étendue qu'elle occupe du deuxième degré de l'apoplexie proprement dite.

3°. La splénisation est tellement distincte de l'inflammation, qu'au centre d'une portion splénisée du poumon (je l'ai déjà fait remarquer), on rencontre souvent des lobules qui présentent tous les caractères de l'inflammation. On peut dire, à la vérité, que cette coïncidence prouve manifestement que ces deux altérations sont de même nature. Or, voici un fait qui prouve qu'elles sont liées seulement par

un rapport de causalité, c'est-à-dire que l'inflammation existe par suite de l'infiltration sanguine passive.

J'ai vu, dans la clinique de M. le professeur *Laennec*, un homme qui, pendant la durée d'une fièvre grave, eut des escharrhes considérables au sacrum. Pour faire cesser les vives douleurs qu'il éprouvait par suite de sa position constante sur les parties malades, on le fit coucher sur le ventre. La face, les lèvres, la peau de cet homme avaient à un très-haut degré la teinte violacée dont j'ai parlé plus haut. On profita de la liberté que laissait sa position pour explorer la racine des poumons. La partie postérieure du thorax rendait un son mat; on y entendait faiblement la respiration, mêlée de râles divers, au milieu desquels M. *Laennec* nous fit entendre, par endroits seulement, un râle crépitant très-marqué. L'habile observateur en tira les conclusions suivantes : « Par suite de l'anémie dans laquelle est cet homme, et de sa position constante sur le dos, les liquides ont stagné d'une manière tout à fait passive vers la racine des poumons. C'est à leur présence et à la légère réaction qui s'opère encore qu'il faut attribuer la pneumonie que nous venons de reconnaître. Maintenant les liquides, obéissant à leur propre poids, vont gagner le bord antérieur du poumon; la pneumonie va disparaître avec eux, et reparaitra de nouveau dans la partie de la poitrine où va se faire la nouvelle stagnation. » Cinq jours après, le malade succomba. (On s'était assuré, à l'aide de l'auscultation, que l'engouement et la pneumonie avaient disparu en arrière.) On eut soin de faire coucher le cadavre dans la même position que le corps avait lors de la mort. A l'ouverture, on trouva la portion antérieure du poumon splénisée, et quelques points pneumoniques répandus çà et là dans les parties qui étaient le siège de l'infiltration sanguine.

Sur le cadavre d'un individu mort à la Charité dans les salles de M. le docteur *Lerminier*, le poumon droit était splénisé dans toute sa partie postérieure; de plus, dans ce même point, la plèvre viscérale, séparée de l'organe dans une surface de plusieurs pouces carrés, formait une poche remplie par du sang liquide et noir. La coïncidence

de cette hémorrhagie, tout à fait irrécusable, avec la splénisation, me paraît propre à ne laisser aucun doute sur la véritable nature de cette dernière altération.

Hémorrhagies du foie.

On peut les diviser, comme celles du poumon, en trois genres : A, *coup de sang hépatique* ; B, *apoplexie hépatique* ; C, *hémorrhagie lente ou splénisation*.

A. *Coup de sang hépatique*. Il est caractérisé par la plénitude de tout le système vasculaire du foie. Cet organe paraît avoir plus de volume et de densité que dans l'état naturel ; il laisse écouler, lorsqu'on l'incise, une énorme quantité de sang noir. Il est assez fréquent de rencontrer cette altération : elle coïncide ordinairement avec un état pléthorique ; on l'observe chez les individus qui ont succombé à la suite d'une hypertrophie du cœur, ou chez lesquels il existait un état hémorrhagique en quelque sorte général. M. *Andral* en cite plusieurs exemples (1).

B. *Apoplexie hépatique*. Elle est assez rare ; on l'observe dans les mêmes circonstances que le coup de sang. Ses caractères anatomiques sont les mêmes que ceux de l'apoplexie pulmonaire : ainsi, en incisant le foie, on trouve répandues çà et là, dans son tissu, des taches d'un rouge noirâtre qui tranchent, par leur couleur, sur celle du tissu environnant. Ces taches sont souvent occupées, à leur centre, par un caillot. Quelquefois ce caillot est mêlé lui-même à du détritus provenant du ramollissement du foie : ce mélange ressemble alors à une bouillie d'un rouge livide, tirant sur la couleur de la lie de vin. Le fait suivant offre un exemple d'apoplexie hépatique observée chez un individu qui avait, de plus, une apoplexie pulmonaire et rénale.

Un jeune homme, obligé depuis long-temps de garder le lit, réduit

(1) Obs. 1, 2, 3, etc., op. cit., t. 4.

à un état de faiblesse et de maigreur extrêmes , fut amené à l'hôpital Necker pendant le mois de mai 1824 : sa peau était d'une couleur jaune-paille ; les pommettes étaient creuses ; il respirait avec beaucoup de peine et était tourmenté d'une toux continuelle ; le poulx était presque insensible. Dans l'impossibilité où l'on était d'interroger ou d'examiner cet homme sans le fatiguer beaucoup , on se borna à lui prescrire des boissons pectorales , un look gommeux et du bouillon. Le lendemain de son entrée , il expectora une grande quantité de matières liquides et spumeuses , noirâtres à leur surface , ressemblant , lorsqu'on les agitait , à une dissolution de jus de réglisse. Ce symptôme fit diagnostiquer *pneumonie avec apoplexie pulmonaire*. Ce malheureux expira dans la journée. A l'ouverture du corps , on trouva le lobe inférieur de chaque poumon hépatisé au deuxième degré. Au milieu des parties enflammées , on trouva des foyers apoplectiques remarquables par leur forme irrégulière et parce que le centre de tous était occupé par un caillot. Le foie était gorgé de sang. En l'incisant , on le trouva parsemé , à l'intérieur , de taches d'un rouge noirâtre variant depuis un demi-pouce jusqu'à deux pouces de diamètre. Ces taches étaient arrondies et bien circonscrites ; leur couleur tranchait brusquement sur celle du tissu environnant. Dans les unes , le tissu pulmonaire semblait n'avoir subi d'autre altération que celle de la couleur ; dans d'autres , il était friable. Dans une ou deux , le centre était occupé par un caillot sanguin parfaitement isolé.

Le sommet du rein droit était d'un rouge-brun foncé dans une étendue d'un pouce cube environ. Le tissu du rein , ainsi coloré , avait sa densité ordinaire , il semblait seulement un peu ramolli au centre ; les calices des deux reins étaient dilatés et remplis d'une mucosité laiteuse , au milieu de laquelle on voyait quelques petits grumeaux jaunes mollasses , causant , lorsqu'on les écrasait entre les doigts , la même sensation qu'un petit morceau d'argile humide.

C. Hémorrhagie lente ou splénitation. On la reconnaît à une infiltration sanguine ordinairement très-étendue du tissu hépatique. Cette

infiltration est en quelque sorte graduée, de sorte qu'elle arrive des portions saines de l'organe jusqu'à ses portions les plus malades par des degrés insensibles. La couleur du tissu infiltré varie depuis le rouge plus ou moins foncé jusqu'au noir; la densité ordinaire de l'organe est ordinairement remplacée par une friabilité excessive, et souvent par une mollesse telle, qu'il a perdu toute consistance et coule comme de la bouillie. A cette période le détritus organique a ordinairement une couleur lie de vin plus ou moins noirâtre : les exemples de ces altérations sont nombreux, et je me dispenserai de citer aucune observation en détail, M. *Andral* en rapporte plusieurs (1). Les observations de fièvres intermittentes recueillies par M. *Bailly* (2), renferment plusieurs cas de ce genre; je citerai seulement les expressions dont se sert l'auteur pour décrire ce qu'il a vu; on y trouvera la confirmation de ce que j'ai dit plus haut.

obs. VII^e. Le foie était noirâtre, il ne semblait composé que de sang noir légèrement coagulé et de filets cellulux, qui seuls offraient quelque résistance au doigt; quand cette légère résistance était vaincue, le foie n'avait plus que la consistance d'une gelée qui commence à fondre, car le sang paraissait épanché dans son tissu, qui d'ailleurs n'existait plus comme tissu, mais comme bouillie.

obs. VIII^e. Le foie était si gorgé de sang qu'il se détachait par lambeaux quand on l'enlevait avec la main; il semblait que la plus grande partie des vaisseaux était rompus, et que presque toute la structure intérieure était convertie en une masse d'extravasation, etc.

Les trois états du foie, dont on vient de voir la description, ont été regardés comme des degrés, ou au moins des variétés différentes de l'hépatite par la plupart des observateurs. Je ne vois pas sur quoi l'on peut fonder cette opinion; je pense que l'impossibilité de rallier

(1) Op. cit., t. 4; obs. 10, 11, 12.

(2) Histoire anatomo-pathologique des fièvres intermittentes, liv. 3.

ces faits à aucun genre d'altération bien étudié, a été seule la cause du rapprochement un peu forcé qu'on en a fait avec les inflammations. Le seul argument que l'on puisse faire valoir en faveur d'un pareil rapprochement, c'est que ces lésions existaient en même-temps qu'une inflammation dans des organes plus ou moins rapprochés; mais de ce que deux altérations existent en même-temps, faudra-t-il donc toujours conclure qu'elles sont identiques? Ne peut-il pas y avoir dans deux organes très-rapprochés, dans le même organe quelquefois, deux maladies différentes? N'avons nous pas vu précédemment l'apoplexie pulmonaire exister en même-temps qu'une pneumonie, *et vice versa*?

D'ailleurs, c'est accorder, ce me semble, à un même genre de maladie la faculté de changer trop souvent de forme ou au moins de donner lieu à des résultats trop évidemment différens les uns des autres. Comment concevoir qu'une seule affection puisse déterminer souvent dans le même organe, une augmentation ou bien une suppression de sécrétion, la suppuration, la conversion d'un tissu en bouillie, lie de vin, des cartilages, des plaques osseuses, des cancers, etc.? Réunir les unes avec les autres, sous un même nom, toutes les altérations semblables, former des groupes séparés de celles qui diffèrent par des caractères essentiels, tel est, ce me semble, la seule tâche que l'on devrait encore s'imposer parce qu'elle n'est point encore achevée, et il me semble que c'est mettre à leur véritable place les altérations du foie dont il s'agit ici, que de les ranger parmi les hémorrhagies.

Hémorrhagies du rein.

B. On a vu précédemment (voy. pag. 41) un exemple d'hémorrhagie circonscrite ou apoplexie du rein observée chez un jeune homme qui avait en même temps une apoplexie du poulmon et du foie. Je n'ai vu qu'une seule fois un fait analogue, mais différent pourtant un peu du précédent.

A. Une femme, âgée de quarante ans, était dans les salles de chirurgie de l'hôpital de la Charité pour y être traitée d'un ulcère calleux

qu'elle portait à la jambe gauche. L'ulcère touchait à sa cicatrisation, lorsque cette femme fut prise tout d'un coup d'une fièvre très-forte et de sueurs abondantes ; la respiration devint pénible et entrecoupée ; en même temps des douleurs profondes se firent sentir dans la région des lombes. On mit la malade à la diète , on lui prescrivit des boissons émulsionnées ; deux saignées du bras lui furent pratiquées : elle succomba quatre jours après l'apparition de ces symptômes.

A l'ouverture du corps , on trouva une apoplexie pulmonaire au premier degré ; le tissu cellulaire qui environne les reins était baigné d'un sang noir. Les deux reins , fendus longitudinalement , parurent comme marbrés ; cette apparence était due à une foule de petites taches d'un rouge brun , très-circonsrites ; et entre lesquelles les substances corticale et mamelonnée paraissaient parfaitement saines ; l'organe avait , au reste , la densité naturelle.

Ne pourrait-on pas comparer cette altération à la congestion générale , ou coup de sang du poumon ou du foie ? Malgré des recherches prolongées , je n'ai pu trouver dans aucun auteur des faits propres à rendre plus complète l'histoire de l'hémorrhagie rénale.

Hémorrhagie de la rate.

La rate, comme j'ai eu occasion de le dire plus haut, est, par suite de sa structure et de ses fonctions, dans un état hémorrhagique continuuel relativement aux autres organes ; il paraîtra donc absurde que je consacre un article aux congestions sanguines dont elle peut être le siège , car de quelle manière pourra-t-on distinguer l'état pathologique de l'état physiologique ? La solution de cette difficulté me paraît facile. En effet, dans son état normal la rate est ferme, d'un rouge qui tient le milieu entre celui du sang veineux et du sang artériel ; lorsqu'on l'incise et qu'on la soumet à des lotions ménagées , puis à la macération, on la dépouille du sang dont son tissu est imprégné ; elle se convertit alors en une sorte de réseau blanc, d'une ténuité si grande, que plongé dans l'eau il s'y dilate et s'y suspend à la manière d'un énéorème. Ces

caractères sont les mêmes dans toutes les rates saines, quelque soit leur volume : on sait, en effet, que le volume de la rate est extrêmement variable, et qu'il est impossible, excepté dans les cas où il dépasse de beaucoup les limites ordinaires, d'en tirer aucune induction *à priori* sur l'état pathologique de cet organe.

Mais dès que l'infiltration sanguine devient pathologique, la rate présente la même série d'altérations que nous avons observées dans le poumon et dans le foie. Ainsi, premier degré, son tissu devient noirâtre, plus ou moins friable; deuxième degré, la couleur noirâtre fait place à la couleur lie de vin, le tissu entier se ramollit, le réseau vasculaire qui constitue essentiellement cet organe perd tellement de sa résistance que la plus légère pression suffit pour détruire sa force de cohésion; troisième degré, la rate tout entière est convertie en une bouillie liquide putrilagineuse qui ne semble plus contenue que dans une poche formée par les membranes qui entourent ce viscère. Quelquefois, par suite de leur énorme distension, celles-ci se rompent, un épanchement mortel a lieu dans l'abdomen, et il ne reste plus de la rate qu'un sac absolument vide.

Dans quelques circonstances, la maladie est bornée à une portion de l'organe. On voit alors, lorsqu'on l'incise, une tache d'un rouge noirâtre, très-irrégulière, qui tranche tout d'un coup sur les parties environnantes, et qui en diffère autant par sa friabilité que par la différence de couleur; mais ce cas analogue aux apoplexies est rare. On trouve facilement la raison de cette rareté dans la laxité du tissu splénique, qui, permettant à ses parties de communiquer librement les unes avec les autres, doit rendre générale à tous les points de l'organe une maladie qui aurait dû être bornée à un seul point.

Il est rare qu'on ne trouve point d'infiltration hémorrhagique de la rate à l'une quelconque de ses périodes; elle semble liée essentiellement à l'orgasme fébrile qui doit se faire sentir dans ce viscère plutôt que dans tout autre; mais c'est dans les fièvres intermittentes surtout que cette maladie est on peut dire presque constante. Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres périodiques ont remarqué la fré-

quence des ramollissemens de la rate : quelques-uns même avaient pensé que cette circonstance, jointe à la périodicité présumée des fonctions de cet organe, devait la faire regarder comme étant le siège unique des fièvres intermittentes. M. Bailly (1) cite un très-grand nombre d'exemples de cette altération à ses divers degrés. Les observations XXIX^e. et XXX^e. offrent de plus des ruptures de la rate avec épanchement putrilagineux dans l'abdomen. Cet observateur rapporte toutes ces altérations à la splénite. Je ne répéterai point les motifs déjà énoncés qui me portent à ne point regarder ces altérations comme dépendantes d'une phlegmasie; j'ajouterai seulement que la structure de la rate me paraît incompatible avec l'inflammation, et que les seules maladies dont elle me paraît susceptible sont les hémorrhagies et les dégénérescences.

Hémorrhagie cérébrale.

Ces hémorrhagies, causées le plus ordinairement par des hypertrophies du cœur, souvent liées à une affection plus ou moins ancienne du cerveau, affection qui elle-même dépend de méditations prolongées ou de chagrins violens, etc., ces hémorrhagies se présentent sous trois formes :

A, coup de sang; B, apoplexie; C, infiltration lente, hémorrhagie plus ou moins passive.

A. *Le coup de sang cérébral* est caractérisé par la plénitude de tous les vaisseaux cérébraux, tant extérieurs qu'intermédiaires à sa substance : celle-ci, lorsqu'on l'incise, paraît sablée. Cette particularité est due à la sortie d'une foule de gouttelettes de sang qui s'échappent par les ramuscules vasculaires intéressés par l'incision; la substance blanche est en général beaucoup plus dense que dans l'état normal; la substance grise est toujours plus sablée que le centre ovale de *Vieussens*, les gouttelettes de sang y sont plus larges. Cette différence vient

(2) Op. cit., liv. 3, obs. 5, 11, 12, etc., 29 et 30.

de la plus grande abondance du système vasculaire dans ces portions de l'encéphale.

B. *Apoplexie*. Elle consiste dans des épanchemens circonscrits uniques ou multiples situés dans toutes les parties du cerveau indifféremment, mais plus spécialement dans les corps striés et dans les couches optiques, parties qui, à cause de l'abondance des vaisseaux dont elles sont pourvues, sont dans des conditions plus favorables au développement de la maladie. Elle coïncide toujours avec une congestion plus ou moins marquée, soit du cerveau tout entier, soit de l'un de ses hémisphères seulement.

L'apoplexie peut se montrer sous deux variétés principales qui, quoique parcourant chacune un certain nombre de périodes correspondantes, diffèrent cependant par la forme et l'ordre de ces périodes.

1^{re}. VARIÉTÉ. Apoplexie véritable sans aucun symptôme avant-coureur appréciable. — *Première période.* Si le malade succombe dans l'invasion, ou peu d'instans après l'invasion de la maladie, on trouve un caillot plus ou moins irrégulièrement étoilé, noir, plutôt sec qu'humide, au milieu de la substance cérébrale déchirée, sans aucun ramollissement dans les parties environnantes. Les exemples de l'apoplexie à ce degré sont extrêmement rares. J'en ai observé deux à l'hôpital Necker. M. le docteur Vitry en cite quelques-uns dans sa thèse (1).

Deuxième période. Si le malade a survécu pendant quelques jours, le caillot est humide à sa circonférence, la substance cérébrale est ramollie, présente une couleur jaune fauve, analogue à celle de la peau, lors de la résorption du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané; et si la mort n'a eu lieu que vers le dix-huitième ou vingtième jour, cette substance paraît plus dense dans les points où elle est immédia-

(1) Recherches sur les hémorrhagies cérébrales, par le docteur Vitry, 1823.

tement en contact avec le caillot. Des vaisseaux se dessinent à la surface ; on peut détacher , par endroits , de petits lambeaux pseudo-membraneux , mous et jaunâtres. Les périodes suivantes ne se rencontrent qu'à dater de trois mois au moins depuis l'invasion de la maladie.

Troisième période. Le caillot sanguin est emprisonné dans un véritable kyste, dont il est séparé par une quantité plus ou moins grande de sérosité citrine. Ce caillot est petit , sec et noirâtre. La membrane qui forme le kyste est plus ou moins épaisse , d'un jaune fauve ; elle paraît quelquefois composée de deux feuillets , entre lesquels se glissent des vaisseaux. La substance cérébrale ambiante est moins molle ; la couleur jaune persiste ; elle est plus prononcée à la circonférence que dans les ponts qui touchent immédiatement au kyste.

Quatrième période. Le kyste est complètement organisé ; la substance cérébrale a recouvré sa consistance et presque sa couleur ; la liqueur contenue dans le kyste n'est plus qu'une sérosité citrine dans laquelle on trouve quelquefois des restes de caillot.

Cinquième période. La sérosité est presque entièrement résorbée. Le kyste est aplati ; des filets cellulux joignent les deux lames légèrement écartées qui le constituent ; quelquefois même ces lames sont entièrement réunies l'une à l'autre , et ne forment plus qu'un prolongement membraneux , véritable cicatrice cérébrale analogue aux cicatrices musculaire et pulmonaire dont nous avons parlé ailleurs.

Ces quatre dernières périodes sont parfaitement décrites dans la thèse de M. le docteur *Riobé* , ouvrage remarquable par l'intérêt des observations qu'il renferme , et par les conclusions lumineuses qu'en tire l'auteur (1).

(1) Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle se fait un épanchement de sang dans le cerveau est-elle susceptible de guérison ? — Par M. le docteur *Riobé* , 1814.

II^e. VARIÉTÉ. *Apoplexie précédée d'un ramollissement du cerveau ou provoquée par une forte contusion de cet organe.* Suivant le plus grand nombre des auteurs qui ont écrit sur les maladies cérébrales dans ces derniers temps, l'apoplexie n'aurait jamais lieu que postérieurement à un ramollissement de la substance cérébrale qu'ils regardent comme dû dans tous les cas à l'inflammation; elle ne serait donc qu'un accident de l'encéphalite. M. le professeur *Lallemand* va même jusqu'à nier, qu'un épanchement dans la substance cérébrale, à plus forte raison une simple infiltration sanguine de cette substance, puisse être le résultat immédiat d'un coup violent porté sur le crâne. Il prétend que ces épanchemens ou ces infiltrations ne sont observés que chez des sujets qui ont survécus pendant plus ou moins long-temps à leur blessure, et que ces phénomènes sont le résultat de l'inflammation déterminée par la contusion du cerveau (1). L'autorité imposante de cet observateur ne doit point faire oublier les faits consignés dans plusieurs ouvrages de chirurgie; mais comme M. *Lallemand* insinue qu'ils n'ont point été interprétés convenablement; je citerai les deux faits suivans, qui prouvent, ce me semble, que l'opinion du savant professeur de Montpellier, est un peu trop exclusive. Pendant le mois de septembre 1823, on apporta à l'hôpital Necker un gendarme d'élite qui, renversé par son cheval, avait eu la tête violemment frappée contre un mur. Une demi heure s'était à peine écoulée depuis l'accident. Cet homme était entièrement privé de connaissance, de sensibilité et de mouvement, la respiration était lente, rare, forte et bruyante. On lui pratiqua une saignée copieuse; un lavement purgatif, des applications sinapisées furent administrées sans aucun succès; il succomba quelques heures après son entrée à l'hôpital. A l'ouverture du crâne, on reconnut une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous cutané dans la fosse temporale droite; l'angle antérieur et inférieur du pariétal, la portion écailleuse du temporal étaient fracturés sans

(1) Recherches sur l'encéphale, 2^e lettre.

enfouissement ; le lobe moyen et antérieur du cerveau étaient réduits en un détrit, qui , dans certains points ressemblait à une bouillie au milieu de laquelle on voyait d'énormes caillots de sang.

Un homme fit une chute dans laquelle la face postérieure de son col frappa violemment sur une borne , tandis que sa tête dépassant celle-ci et obéissant à son propre poids , était fortement portée en bas. Il fut frappé aussitôt d'une paralysie générale , la respiration devient extrêmement laborieuse ; il mourut quelques instans après son arrivée à l'hôpital Necker (1824). A l'ouverture , on reconnut une fracture de la quatrième vertèbre cervicale , la moëlle épinière dans toute son épaisseur dans le point correspondant à la fracture , était molle et d'un-rouge brun nuancé.

Au reste, que l'infiltration sanguine soit ou non précédée de l'inflammation, il est certain qu'on doit soigneusement l'en distinguer, et ne point la regarder comme un degré de celle-ci qu'on nous présente comme caractérisée par un ramollissement tantôt rose tantôt brun, tantôt blanc, etc. , comme si ces couleurs étaient absolument indifférentes , comme si une injection rosée pouvait ressembler à une infiltration d'un rouge brunâtre ! Continuant donc à interpréter les faits par l'analogie , je distinguerai dans le cerveau les mêmes états que tout le monde distingue dans les maladies du tissu cellulaire, et je regarderai comme première période de l'apoplexie cérébrale succédant à un ramollissement ou à une contusion , l'infiltration brunâtre de la substance cérébrale avec diffluence plus ou moins marquée.

Deuxième période. La teinte brunâtre fait place à une couleur de lie de vin , la substance cérébrale est presque entièrement liquide.

Troisième période. Le pus est mêlé en proportions de plus en plus grandes avec le détrit hémorrhagique. Les parois du foyer se recouvrent de pseudo-membranes molles.

Quatrième période. L'abcès est complètement enkysté et ne présente plus aucune différence avec ceux qui sont causés par une inflammation primitive

Les faits propres à justifier cette division des phénomènes de l'apoplexie m'ont été fournis par les ouvrages de MM. *Lallemand* (1), *Rochoux* (2), *Rostan* (3). J'ai cru inutile de citer les observations parce qu'elle sont connues de tout le monde.

En résumant ce que je viens de dire sur ces deux variétés de l'apoplexie, on voit que, dans la première, un kyste se forme sans suppuration et par conséquent sans inflammation appréciable. Dans la seconde, le kyste ne se forme qu'après que le sang a été converti en pus ou résorbé, si l'on préfère cette dernière hypothèse. Ainsi, nous trouvons tranchées dans le cerveau deux voies distinctes, suivies par la nature pour obtenir la guérison des foyers apoplectiques. La première de ces variétés ne pourrait-elle pas changer en probabilités les conjectures que j'ai formées sur la nature de certain kystes. (Voy. pag 13)

C. L'hémorrhagie-cérébrale, lente ou passive, a lieu principalement chez les vieillards; ses caractères anatomiques sont tout à fait semblables aux précédens, seulement, dans ce cas, l'hémorrhagie occupe une surface beaucoup plus étendue, par conséquent les forces de la nature ne sont point suffisantes pour travailler à la guérison; c'est pourquoi les malades meurent le plus souvent pendant la deuxième période. Il arrive fréquemment aussi qu'une véritable apoplexie, favorisée par un peu de résistance du tissu cérébral, et peut être par la destruction de quelque rameau vasculaire, termine tout d'un coup les jours du malade. On trouve ordinairement, dans ces circonstances, les artères cérébrales ossifiées ou au moins converties en cartilages. Quelques observateurs pensent que cette dégénérescence, en entravant la circulation, doit concourir puissamment à l'apoplexie.

(1) Op. cit. passim.

(2) Recherches sur l'apoplexie.

(3) Recherches sur le ramollissement du cerveau.

De tous les faits qui précèdent, rapprochés de ce que l'on connaît sur les hémorrhagies en général, et sur les hémorrhagies des membranes en particulier, je crois pouvoir tirer les corollaires suivans :

I. Les rapports les plus intimes existent entre les inflammations et les hémorrhagies.

II. Ces deux classes de maladies dépendent dans tous les cas des mêmes causes.

III. Dans l'inflammation, le sang n'est que poussé dans des parties du système circulatoire qui ne le contiennent point dans l'état naturel, tandis que, dans l'hémorrhagie, il est poussé au-delà même de ces vaisseaux.

IV. Si l'afflux sanguin a lieu dans le voisinage d'une surface ou sur cette surface elle-même, les deux maladies qu'il peut déterminer sont exclusives l'une de l'autre. L'hémorrhagie est, dans ce cas, prophylactique de la phlegmasie; elle prévient son développement comme le ferait la saignée, et mieux encore, puisqu'elle dégorge directement les vaisseaux qui en sont le siège (1).

V. Si l'afflux sanguin a lieu dans l'épaisseur même d'un parenchyme, les deux maladies sont bien encore exclusives l'une de l'autre, mais cette exclusion peut n'être que momentanée; elle exige que nous fassions une distinction. Si l'inflammation est la suite de l'afflux sanguin, elle empêche par cela même l'hémorrhagie; si l'hémorrhagie, au contraire, paraît la première, elle est prophylactique comme dans le cas précédent; elle dégorge directement les vaisseaux irrités: mais comme le produit de ce dégorgement n'est point expulsé au-dehors, il devient cause d'une nouvelle irritation, et détermine l'inflammation. De sorte que la phlegmasie, qui d'abord n'avait point eu lieu parce

(1) Ces quatre propositions sont extraites textuellement de l'ouvrage de M. V. Prux, intitulé : *De l'irritation et de la phlegmasie*.

qu'elle avait été précédée de l'hémorrhagie, se développe ensuite, précisément parce qu'il y a eu hémorrhagie.

VI. Lorsque l'accumulation du sang dans une partie n'est plus déterminée par l'irritation, mais par la stase des liquides, qui, elle-même reconnaît pour cause l'atonie du système capillaire, la compression, etc., les mêmes choses ont lieu comme précédemment; mais le plus ordinairement l'inflammation n'est que la conséquence de l'hémorrhagie; souvent même les forces vitales ne sont point suffisantes pour la déterminer.

VII. Il est faux de dire que l'hémorrhagie n'est qu'une inflammation avortée; nous avons vu, au contraire que, lorsque l'hémorrhagie a lieu à la surface d'une membrane, l'inflammation est par cela même prévenue. Lorsque, au contraire, c'est au milieu d'un organe parenchymateux que l'afflux sanguin est produit, la phlegmasie n'est que consécutive à l'hémorrhagie. Il serait donc plus vrai de dire : l'inflammation n'est qu'une hémorrhagie avortée.

VIII. Dans une nosologie, fondée sur l'ordre de succession ou de causalité des maladies, les hémorrhagies devraient évidemment être placées avant les inflammations.

IX. Le même traitement doit être appliqué, dans tous les cas possibles, aux phlegmasies et aux hémorrhagies; mais de même que nous avons vu un ordre d'inflammations lié aux hémorrhagies actives, nous en voyons également un lié aux hémorrhagies passives, et en dépendant exclusivement. Ces nouvelles inflammations sont en quelque sorte passives, comme l'affection première dont elles dépendent. Elles ont besoin d'être traitées par tous les moyens capables de réveiller les forces locales ou générales.

X. Ces conséquences pratiques entièrement fournies par l'anatomie

pathologique confirmeraient, si elles avaient besoin de l'être, les idées qu'avaient les médecins des derniers siècles, sur la différence de traitement qu'exigent souvent les inflammations aussi-bien que l'hémorrhagie; ces mêmes conséquences prouvent, peut-être, qu'à travers leur exagération, les opinions de *Razori*, sur les différentes manières d'être d'une même affection, sont fondées sur une juste observation.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET)

I.

Quæ ducere oportet, quò maximè vergant, eò ducenda, per convenientia loca. *Sect. 1, aph. 21.*

II.

In acutis affectionibus rarò, et per initia purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Ibid., aph. 24.*

III.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur, quàm qui graciles. *Sect. 2, aph. 44.*

IV.

Quibus autem in febre urinæ conturbatæ, qualis jumentorum, his capitis dolores, aut adsunt aut aderunt. *Sect. 4, aph. 70.*

V.

Considerare verò etiam oportet oculorum subtus apparentia in somnis. Si enim quid albi, palpebris commissis, subtus appareat, idque non ex alvi profluvio sit, aut ex potione purgante, prævium signum, et valdè lethale. *Sect. 6, aph. 52.*

VI.

Ab ossis denudatione erysipelas, malum. *Sect. 7, aph. 19.*